
This is the **published version** of the article:

Hernando Gimeno, Sonia; Cammany i Dorr, Rosmarie. Conectar el cuerpo en el trabajo : revisión bibliográfica e integración teórica y conceptual de los aportes de la Danza Movimiento Terapia al síndrome de quemarse por el trabajo. 2016. 102 p.

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/160572>

under the terms of the  license



**CONECTAR EL CUERPO
EN EL TRABAJO
APORTACIONES DE LA DMT AL SÍNDROME
DE QUEMARSE POR EL TRABAJO**

Revisión bibliográfica e integración teórica y conceptual de los aportes de la Danza Movimiento Terapia al Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

TESINA

Para obtener el grado de Máster en Danza Movimiento Terapia

Sonia Hernando

Supervisora de Tesina

Dra. Rosmarie Cammany

Master en Danza Movimiento Terapia, Universidad Autònoma de Barcelona,

Abril 2016

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora de tesina, *Rosmarie* por guiar como una antorcha este proceso, iluminando cavernas, señalando rutas, caminos y por hacerme galopar. Gracias al fuego de mi hogar, por avivarse con fuerza en estos últimos tiempos y mantener siempre cálido mi espacio seguro. En especial, a mi madre, *Mati* y a mis hermanas, *Yolanda* y *Eva*, a vosotras, desde el corazón, gracias por todo. A *Youcef*, *Teo* y *Sara* por nuestro amor. A mi padre *Javier*, porque estarías orgulloso.

Gracias a los poderosos círculos que me rodean, sois llamas traviesas y coloridas que hipnotizais y móveis mi interior: a los profesores de este Máster por su cálida contención, referencia y acompañamiento, a mis compañeras de promoción, por crecer juntas y decidir ser un cuerpo colectivo. A mi terapeuta por el espacio creado. A los centros de prácticas por la oportunidad ofrecida y el aprendizaje. Gracias a mis estimados grupos de baile, las Brujas y el Roots, por crear conjuntamente rituales curativos, por ondular, vibrar y alimentar el grupo. Al grupo Flamenco, por pisar con fuerza la tierra. A Ana Luisa, por ser como una vela de infinita luz y calma, gracias por tu presencia, la ciudad contigo es más bella.

Gracias a las hogueras que me han dado cobijo, *Eileen* y *Dani*. A ti *Luis*, por el gran trecho del camino juntos, ha sido bonito. A las personas que han aparecido este último año como chispas vibrantes y han colmado mi ser, de sensaciones y emociones. A *Agustín*, por el brindis a la descompresión y por tu generoso aporte a este estudio.

Gracias a la isla *Koufunisia*, por haber despertado el fuego de mis entrañas y permitirme cruzar a nado su mar abierto. Y a ti *Elena*, por haber elegido ser mi testigo. Gracias a las llamas que se tornaron destructivas, las que me hicieron ver cenizas, pues de ellas he resurgido con el cuerpo transformado, el que vivo en el ahora y me permite volar, sentir, decidir y enraizarme.

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|--|----|
| AGRADECIMIENTOS | 2 |
| TABLA DE CONTENIDOS | 3 |
| RESUMEN | 5 |
| PRESENTACIÓN | 7 |
| I. INTRODUCCIÓN | 11 |
| II. METODOLOGÍA | 16 |
| 1. EL FENÓMENO DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (SQT).. | 22 |
| 1.1 Delimitación conceptual del SQT | 22 |
| 1.1.1 <i>El estrés</i> | 22 |
| 1.1.2 <i>¿Qué es el SQT? Definición y características</i> | 23 |
| 1.1.3 <i>Diferenciación con otros constructos</i> | 26 |
| 1.1.4 <i>Etiología del SQT. Modelos teóricos basados en el proceso secuencia</i> ... | 28 |
| 1.2 La persona en el SQT | 31 |
| 1.3 Situaciones que contribuyen a la aparición del SQT | 32 |
| 1.4 Consecuencias del SQT | 33 |
| 1.5 La necesidad de estudiar el fenómeno en el panorama sociolaboral actual | 36 |
| 1.6 Origen y línea evolutiva en la investigación del SQT | 39 |
| 1.7 Cómo tratar el SQT | 43 |
| 1.7.1 <i>Criterios de diagnóstico</i> | 43 |
| 1.7.2 <i>Herramientas evaluativas y de medición del SQT</i> | 45 |
| 1.7.3 <i>Prevención y tratamiento del SQT</i> | 45 |

| | |
|--|-----|
| 2. LA DANZA MOVIMIENTO TERAPIA | 50 |
| 2.1 Orígenes, antecedentes históricos y situación actual de la DMT | 52 |
| 2.1.1 <i>Datos sobre DMT en la actualidad</i> | 55 |
| 2.2 Denominación, definición y principios de la DMT | 57 |
| 2.3 El Yo corporal en la DMT | 60 |
| 2.4 Movimiento, emoción y creación | 62 |
| 2.4.1 <i>Herramientas metodológicas para el uso del movimiento</i> | 64 |
| 2.4.2 <i>Creación</i> | 65 |
| 2.4.3 <i>Procesos mentales en los actos creativos</i> | 67 |
| 2.4.4 <i>La empatía kinestésica</i> | 70 |
| 2.5 La relación terapéutica | 71 |
| 2.5.1 <i>Contratransferencia</i> | 73 |
| 3. RELACIONES ENTRE SQT, TERAPIAS CREATIVAS Y LA DMT | 75 |
| IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES | 80 |
| V. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN | 88 |
| VI. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN | 89 |
| VII. LISTA DE REFERENCIAS | 90 |
| VIII. ANEXOS | |
| A. TABLAS | |
| Tabla 1. | 99 |
| Tabla 2. | 99 |
| B. FIGURAS | |
| Figura 1. Imágenes online asociadas al SQT | 100 |
| Figura 2. Mapa de ideas para el Proyecto de Tesina | 101 |
| C. ENLACES DE INTERÉS | |
| Enlace vídeo conferencia profesor Hartmut Rosa: “ <i>Nuestro tiempo. Vidas aceleradas</i> ”..... | 102 |

Resumen

A partir de una revisión bibliográfica, el presente estudio pretende de una manera exploratoria y descriptiva, responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los aportes teóricos y metodológicos de la Danza Movimiento Terapia en relación al Síndrome de Quemarse por el Trabajo? Actualmente, la comprensión del Síndrome de Quemarse por el Trabajo se restringe a una mirada centrada en comprender sus orígenes y proceso de desarrollo, colocando el énfasis en los síntomas que emergen en la persona en relación a su contexto laboral. Introducir los fundamentos teóricos de la disciplina y metodológicos de la praxis de la Danza Movimiento Terapia, permite enriquecer y ampliar las perspectivas de conceptualización e intervención en el tratamiento y prevención del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. En este sentido, el *corps vivant* o cuerpo vivo, se vuelve protagonista.

Palabras Clave

Síndrome de Quemarse por el Trabajo, Danza Movimiento Terapia, cuerpo.

ABSTRACT

From a literature review, this study seeks in an exploratory and descriptive manner, answer the following research question: Which are the theoretical and methodological contributions of the Dance Movement Therapy in relation to the Burnout? Currently, the understanding of Burnout, is restricted to a gaze focused on understanding its origins and development process, placing the emphasis on symptoms that emerge in the person in relation to their work context. To introduce the theoretical foundations of the discipline and methodological praxis of Dance Movement Therapy, allows to enrich and expand the prospects of conceptualization and intervention in the treatment and prevention of the Burnout. In this sense, the corps vivant, or living body, becomes protagonist.

Keywords

Burnout, Dance Movement Therapy, body

RESUM

A partir d'una revisió bibliogràfica, el present estudi pretén d'una manera exploratòria i descriptiva, respondre a la següent pregunta d'investigació: Quins són les aportacions teòriques i metodològics de la Dansa Moviment Teràpia en relació a la Síndrome de Cremar-se pel Treball? Actualment, la comprensió de la Síndrome de Cremar-se pel Treball es restringeix a una mirada centrada en comprendre els seus orígens i procés de desenvolupament, col·locant l'èmfasi en els símptomes que emergeixen en la persona en relació al seu context laboral. Introduir els fonaments teòrics de la disciplina i metodològics de la praxi de la Dansa Moviment Teràpia, permet enriquir i ampliar les perspectives de conceptualització i intervenció en el tractament i prevenció de la Síndrome de Cremar-se pel Treball. En aquest sentit, el corps vivant o cos viu, es torna protagonista.

Paraules Claus

Crema-se pel Treball, Dansa Moviment Teràpia, cos

PRESENTACIÓN

Ante la pregunta de cuál es mi motivación para este estudio, pienso en la palabra “conectar”. Fue, lo primero que me surgió en el proceso de este trabajo. Conecté con la memoria de mi cuerpo, de mis vivencias, de una etapa pasada profesional que, por mis propios mecanismos de defensa, había encerrado en algún sitio oscuro, secreto, bajo llave.

Una compañera de promoción me sugirió el tema. *¿Por qué no investigas sobre el burnout, ya que tu misma lo has vivido en tus propias carnes?* Recuerdo sentir un estremecimiento por todo el cuerpo, mi corazón aceleró su palpitación. *¿He vivido yo un burnout?* me pregunté instantáneamente. Tengo la sensación, que en tan sólo un instante, mi cuerpo conectó desde las sensaciones, con algo profundo, algo había ocurrido en el espacio de unos segundos que hizo temblar mi cuerpo internamente, como la vibración de un despertador.

En las imágenes que encuentro navegando en línea que se adjuntan en los Anexos (*fig. 01*), predomina la atención hacia la cabeza: Una cabeza quemada, en llamas, echando humo. Se encuentra presente la idea de peso, abundan las imágenes de cabezas agotadas sostenidas por las manos, pesadas como piedras. Se alude, a un cuerpo mecánico, con llaves de cuerda a la espalda recordando a los muñecos de plomo, a sentimientos de angustia, cansancio, desesperación. Manos que se alzan pidiendo auxilio tras una montaña de papeles. La noción de cuerpo está fragmentada, el cuerpo es invisibilizado, no está presente.

Se evidencia la expresión simbólica del fuego, la agresividad, la alerta ante algo que quema, absolutamente incontrolable. No obstante, mi cuerpo no se identifica con lo que veo, percibo una falta de autenticidad, algo que no encaja.

Actualmente, después de cuatro años de formación en Danza Movimiento Terapia (DMT), percibo mi cuerpo vivo, tan receptivo como reactivo a lo que me rodea, con sensaciones, percepciones, dudas, sentimientos, por lo cual, no me resulta extraño prestar atención a la información procedente de lo corpóreo. Sin embargo, no siempre ha sido así. A mi cuerpo no lo escuché durante largo tiempo, no escuché un día un pequeño dolor en las cervicales, aunque se repitiera semanalmente. No escuché, una pequeña tensión cervical, que incluso me enfadaba, no tanto por el dolor, sino por aminorar el ritmo del quehacer diario. Mi mente siempre estaba afuera, focalizada en las preocupaciones externas, tareas y obligaciones, de las cuales, curiosamente, hoy no puedo recordar ni una. Sin embargo no puedo olvidar, el día que quise levantarme de la cama, y no podía mover el brazo derecho. Intentar elevarlo, tan sólo centímetros, me hacía romper desconsoladamente en lágrimas. Sin duda, me asusté.

Curiosamente sucumbí al miedo, pues aún sintiendo que algo no estaba bien, a la vez, no tenía fuerzas para afrontarlo. Me escondí tras los calmantes musculares, las sesiones de shiatsu, los masajes, las conversaciones sobre cómo relajarse, tomarse las cosas con más calma. Traer estos recuerdos al presente, me produce tristeza, no por el pasado, ni la fisicalidad del dolor ó las frustraciones, sino por el mensaje subyacente tan lúcido en el ahora.

No sabía cuidar mi cuerpo, no sabía cuidar de mí misma y eso es algo, que aún sigo aprendiendo y en donde la DMT con sus aportes, cobra en mí, un papel significativo.

Creo que esta falta de cuidado, de abandono en algún caso, pueda ser la razón por la que tengo tan pocas memorias de cómo era mi cuerpo, cómo sentía mi cuerpo en aquellos momentos.

Cuando comencé mis primeras lecturas sobre el síndrome del burnout fueron evocándose recuerdos sumergidos, presentándose caóticos y dispares. Bien las lecturas conectaban con mis experiencias, sentía un desbordamiento de emociones, emociones reprimidas durante varios años. En la necesidad de no sentirme abatida por ellas, de reafirmarme en el presente y no perderme en el pasado, necesitaba conectar con el cuerpo, y las imágenes que me venían a la cabeza continuamente, eran de huecos, vacíos, lagunas.

No he mencionado, que hasta el momento que decidí explorar esta temática, consideraba mi experiencia fruto de una crisis existencial, de una necesidad de reorientación profesional. Fué todo un descubrimiento conocer que este síndrome es la respuesta inadecuada a un período de estrés crónico que se origina en el trabajo. Su origen por tanto no radica en la persona, sino es consecuencia de las circunstancias de la misma en relación a su entorno laboral que percibe amenazante. Ni que decir tiene el alivio que supuso, descargar de esa mochila imaginaria que todos llevamos a las espaldas, una pesada piedra invisible.

El presente estudio gira en torno a una inquietud exploratoria, un interés, por conocer el *burnout*, poner un foco de atención, una mirada del fenómeno desde el cuerpo, pues es desde ahí donde yo conecto, en la búsqueda de encontrar formas que visibilicen el cuerpo como un elemento central en la experiencia del *burnout*, como un cuerpo habitado, vivido, sentido. El pulso que me acompaña durante este proceso de investigación y crecimiento personal se ve reflejado en las siguientes preguntas: ¿Cómo es un cuerpo quemado por el trabajo? ¿Puede la DMT dar una mayor corporalidad al *burnout*? ¿Puede la DMT ampliar y

enriquecer la comprensión, aportar en la intervención y tratamiento del síndrome y por tanto mejorar la calidad de vida de las personas?

Se introduce para este trabajo, la denominación Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) que será utilizada de aquí en adelante, para referir al término anglosajón *burnout*.

I. INTRODUCCIÓN

En el lenguaje coloquial, se alude con frecuencia al SQT.

Maslach (2009) sugiere, “que se ha convertido en una forma popular de describir la agonía personal del estrés laboral” (p.37).

Bakker y Costa (2014) confirman, que el SQT es uno de los temas más populares en el ámbito de la psicología de la salud ocupacional. Ehrenberg (1999, citado en Rosa, 2010), destaca que junto a la depresión, son las enfermedades dominantes más extendidas a día de hoy.

Existen varias definiciones. Una de las más citadas en la investigación, es la de Maslach (1993), que lo describe como un síndrome psicológico que responde a estresores interpersonales crónicos en el trabajo. Esta respuesta se caracteriza por un agotamiento extenuante, un sentimiento de cinismo, un desapego por el trabajo y una sensación de ineficacia y falta de logros (Maslach, 2009).

El estrés y el agotamiento son, para la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2001), problemas de salud mental en el medio ambiente de trabajo. Bajo la perspectiva de las repercusiones que tiene para la salud el efecto crónico del estrés laboral, Maslach (2001, citado en Vega, 2005) compara la trascendencia del SQT con dimensiones similares a otros trastornos mentales.

En 30 años de historia, el SQT ha generado una amplia literatura en el campo de estudio científico y académico.

En una revisión de 1998, Schaufeli y Enzmann encuentran 2.500 publicaciones hasta la fecha de 1990, y que pocos años más tarde, es elevada a un número de 5.500. Estas cifras dan testimonio de la relevancia internacional que ha adquirido el estudio del SQT tanto en el ámbito individual, en el social como en el académico (Bresó, Salanova, Schaufeli, 2005).

La gran mayoría de la literatura que se encuentra disponible, la componen estudios empíricos que tienen como objetivo medir los efectos del SQT en distintas profesiones, principalmente aquellas de carácter asistencial, como son las profesionales de enfermería, médicos, maestros, funcionarios de prisiones, policías, trabajadores sociales, etc. Estas profesiones han sido objeto de un mayor interés debido a que se trata de personas en contacto directo con aquellas otras que reciben sus servicios, tales como pacientes, alumnos, presos, indigentes, etc, (Gil-monte, 2005).

No obstante, Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983 citado en Moreno, González y Garrosa, 2001), subrayan la existencia de una gran variedad de estudios que demuestran el desarrollo del SQT en todo tipo de profesiones.

De igual modo, la importancia que tiene el contexto social y las relaciones interpersonales en el SQT como bien señala Maslach (2009), ha originado estudios en otros ámbitos de la vida, como el de la conciliación familiar, con estudios en las relaciones entre padres e hijos (Procaccini y Kiefaber 1983), y la relación entre los miembros de un matrimonio (Pines 1996).

Un mayor análisis sobre el síndrome y sus características, se ofrecerá en el siguiente capítulo 1: El fenómeno del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT).

Por otro lado, uno de los objetivos de esta investigación, es mostrar el SQT como una necesidad de estudio e interés para una profesión psicoterapéutica como la DMT.

De acuerdo con las postulaciones de Dulicai (2014) en relación a los logros y desafíos que tiene la DMT en España, son momentos de incertidumbre y gran tensión colectiva. No obstante, destaca, que la actual situación socioeconómica y la DMT en España, tienen una importante oportunidad de encuentro.

Para la autora, se les presenta a los profesionales de la DMT, un reto y una necesidad a la vez, puesto que deben dimensionar las consecuencias que genera el estrés en los tejidos sociales, tales como por ejemplo, los conflictos familiares, los cuales a su vez, significan ambientes difíciles para el desarrollo de los niños.

La misma autora subraya que la DMT debe poner atención en “tratar aquellas necesidades que no han sido atendidas” (p. 21).

Para proporcionar una marco general sobre qué es la DMT, se puede decir que pertenece al grupo de las Artes Creativas en Psicoterapia. Según Payne (1992, citado en Rodríguez, 2009) se basa fundamentalmente “en la conexión entre movimiento y emoción, y trabajando con el cuerpo y su propio lenguaje, busca la integración psicofísica del individuo” (p.3).

Una revisión sobre la DMT, sus orígenes, fundamentos, prácticas y metodologías, se ofrecerá en el capítulo 2: La Danza Movimiento Terapia, para poder ofrecer una visión general sobre su enfoque holístico en relación a la salud.

Paralelamente, en el campo del SQT también hay autores que abogan por una aproximación multidisciplinar. Por ejemplo, Gil-monte (2005) considera que se debe plantear un acercamiento integral en cuanto a la evaluación de los síntomas en el SQT.

Dentro de esta línea, el autor señala que cualquier estudio acerca del SQT y su impacto a nivel de salud individual, organizacional y social se justifica, ya que promueve una

mejor comprensión a un fenómeno de actualidad que tiene claras repercusiones a nivel de salud pública.

A partir de esta afirmación, es que esta investigación se acredita como un aporte al conocimiento científico vigente en relación al SQT porque lo nutre y amplía desde una mirada holística, complementaria, que ha generado evidencia científica de eficacia en el tratamiento y prevención, a nivel individual y de las relaciones interpersonales en distintas patologías.

Además, otra aportación de este estudio considera la posibilidad de generar futuras líneas de investigación, que apunten al diseño de nuevas vías de acción y métodos de intervención sostenibles, en relación a la prevención y tratamiento del síndrome y por tanto, a la mejora de la calidad de vida de las personas.

Con este objetivo, la presente investigación pretende desde una extensa revisión bibliográfica y un proceso de reflexión, análisis y aplicabilidad teórica, ofrecer un marco de comprensión y conocimientos novedosos del fenómeno del SQT y su relación con la DMT.

Para ello, la información se organiza en tres capítulos teóricos.

En los dos primeros, se presentan ambas materias, primero el SQT y en un segundo capítulo, la DMT como profesión psicoterapéutica. En el tercero, se recoge la relación existente entre ellos a partir de estudios de investigación, tanto de la DMT como de las Terapias Creativas (TTCC).

Se concluye con el apartado de Discusión y Conclusiones, en el que se analiza los puntos de confluencia en base a los datos expuestos y con el objetivo de responder a la pregunta que motiva esta investigación.

Se pone a disposición el listado de referencias en el que se ha basado la información del presente estudio. También se puede encontrar en los Anexos adjuntos las tablas y figuras expuestas a lo largo del trabajo.

En resumen, la pertinencia de este trabajo es de carácter pragmático y divulgativo. Y a su vez, enunciar los aportes que la DMT, como modalidad psicoterapéutica, puede ofrecer en el cuidado, tratamiento y prevención del SQT.

II. METODOLOGÍA

El presente estudio es predominante teórico y se posiciona en un paradigma cualitativo.

A partir de los criterios expuestos en el material didáctico de Mercadal Brotons (2014) entregado en el marco de la asignatura de Investigación en Terapias Artísticas Creativas en el Máster de DMT de la UAB, esta tesina se plantea:

- Según sus objetivos, es básica/pura ya que sus metas van en la línea de incrementar los conocimientos teóricos sobre los aportes que la DMT puede otorgar al entendimiento del SQT.
- Según su nivel de conocimiento, es exploratorio-descriptiva puesto que propone desarrollar una visión general en un contexto en el cual, no existe abundante información y evidencia sobre el mismo. Paralelamente, este carácter le viene dado porque aporta líneas futuras de investigación, y describe una serie de hechos a partir de un marco teórico.
- Según la estrategia de investigación, este proyecto es de tipo documental ya que analiza datos obtenidos a partir de distintas fuentes de información.

Al mismo tiempo, el carácter descriptivo de esta tesina, se fundamenta en el hecho de proponer una reflexión sobre lo que hay y lo que sucede respecto a la relación entre el SQT y la DMT.

Pregunta de Investigación

La pregunta que orienta este proyecto es:

¿Cuáles son los aportes teóricos y metodológicos de la DMT en relación al SQT?

Objetivos

GENERAL:

Describir los principales aportes teóricos y metodológicos de la DMT en relación al SQT

ESPECÍFICOS:

- Definir y conceptualizar el SQT
- Distinguir los orígenes, características y principales formas actuales de abordaje y tratamiento del SQT
- Describir los principales elementos del contexto socio histórico cultural occidental
- Mostrar el SQT como una necesidad de estudio e interés para la DMT desde la intervención y la investigación.
- Enunciar los fundamentos teóricos, conceptuales y metodológicos de la DMT
- Relacionar los fundamentos teóricos, conceptuales y metodológicos de la DMT con el SQT

Procedimiento:

La presente investigación de carácter teórico, ha sido un proceso dinámico y creativo, de reflexión teórica que ha atravesado diversas etapas.

Se parte de una primera fase que comprende un período creativo e intuitivo de asociación de ideas entre el SQT y la DMT y que tiene como objetivo, plantear una posible hoja de ruta, a la vez que, estructurar primeros aspectos de interés en relación al tema de estudio para ser transcritos posteriormente, en una propuesta del proyecto de tesina y en la formulación concreta de la pregunta que oriente la investigación.

Se trata por tanto, de un primer periodo de estilo predominantemente anárquico y abierto, exento de cribas discriminatorias, donde cualquier pensamiento, inquietud o curiosidad es válida y potencialmente de interés. Las ideas se recogen en blocs de notas y gráficas y se nutren de diversas fuentes, tales como, exploraciones autorreflexivas, lecturas aleatorias que disciernen algún matiz interesante e intercambios informales de opiniones entre conocidos y colegas de la formación y afines.

En una segunda fase, se inician las primeras lecturas sobre el SQT ya que la elección de la temática parte de la creencia, basada en una intuición corporal, de haber experimentado el síndrome, pero se desconoce información teórica concreta sobre la materia.

La definición a grandes rasgos, de ser el SQT un síndrome producto de una exposición continuada al estrés laboral, caracterizado por tener unas fases progresivas de agotamiento físico y emocional que pueden desembocar a un abandono profesional, consolida el autodiagnóstico que motiva la investigación. La primera información encontrada sobre el SQT lleva a una revisión sobre el estrés y a las características propias del estrés en el ámbito concreto del trabajo.

El conocimiento progresivo sobre su morfología y características conecta, a través de resonancias corporales, recuerdos casi olvidados de una carrera profesional previa en el mundo publicitario. La experiencia personal vivida, empieza a conectarse también con el presente de los estudios de DMT, encontrando un fundamento, en el aspecto psicosocial del

síndrome. Parte de la observación, que la temática sobre la institucionalización y la contratransferencia en la relación cuidador-paciente basada en aspectos socio-laborales, es una constante en mis diarios clínicos de los dos años de práctica clínica del Máster. Esta inquietud, justifica internamente la decisión de abordar la temática con un foco en las personas trabajadoras.

En este período, las primeras búsquedas de información relacionando la DMT y el SQT se hacen en PubMed Advanced Search sin resultados exitosos. En la ampliación de relación de términos, se encuentran estudios de investigación relevantes. Tal es el caso del trabajo de investigación de Koch y Fischman (2011) *"Embodied Enactive Dance/Movement Therapy"* de la American Journal Dance Therapy, basado en el conocimiento enactivo, una aproximación metodológica que considera que la generación de conocimiento se produce desde la interacción de la persona con el entorno (Varela, 2002 citado en Koch y Fischman, 2011).

Se revisa también el trabajo de investigación de Rodríguez, Velasco y Terrón (2014) *"Construyendo universidades saludables: conciencia corporal y bienestar personal"*, estudio metodológico cualitativo en un contexto universitario, donde se relacionan los conceptos de bienestar personal e inteligencia emocional en una formación a los docentes mediante herramientas basadas en el trabajo corporal y la comunicación no verbal para el control del estrés, así como para mejorar las relaciones interpersonales en el entorno laboral.

En la base de datos del Master Danza Movimiento Terapia de la UAB se encuentra la tesina de Verreet (2010) *"Chronic Stress and/or Burnout & Dance Movement Therapy"*, estudio piloto de 20 semanas para evaluar los efectos de la DMT en relación al SQT en un equipo profesional de cuidadores sanitarios de un centro geriátrico.

Se conceptualiza la línea de trabajo de investigación para la propuesta de tesina, basada en la pregunta: ¿Cómo se relacionan los conceptos de la Danza Movimiento Terapia con el síndrome del *burnout* en las personas trabajadoras? Las ideas son recogidas en un mapa que se adjunta en Anexos (*figura 2*).

Posteriormente, se pasa a una fase de inmersión en la materia llevando a cabo una recogida de información desde diversas fuentes bibliográficas.

Se establece contacto presencial con la tutora de tesina, donde a través del intercambio de información se anudan los anclajes claves para la contextualización del tema de estudio.

Se llega a la conclusión, que este estudio se enfocará en la población occidental general, destacando el caso de España. Se describirán las influencias de presión sobre la persona que ejerce el marco económico, sociocultural y laboral en los países del mundo occidental. Dentro de este enfoque se pretende explorar qué relevancia puede tener la DMT en el estudio y tratamiento de un síndrome que actualmente es de considerable preocupación social emergente.

Se continúa la recopilación de datos incorporando las discusiones previas con la tutora de tesina. La información encontrada es catalogada y organizada utilizando la herramienta Mendeley como gestor de referencias bibliográficas. Paralelamente a la revisión de literatura a través de lecturas, se buscan otras fuentes de información procedentes de artículos de medios de comunicación, vídeos informativos y se asiste a conferencias de temas afines como es la conferencia “*Nuestro tiempo. Vidas aceleradas*” dictada por el profesor Hartmut Rosa el 7 de marzo de 2016, en el Centre de Cultura Contemporània de Barcelona (CCCB) (marzo, 2016, ver Anexo C: Enlaces de interés).

Se comienza la elaboración escrita de la investigación.

Una de las importantes decisiones que se realiza primeramente, es distinguir cuál es la denominación más pertinente para este estudio, por tanto, se inicia una etapa de análisis y reflexión al respecto. En la bibliografía revisada, se postula que existen al menos 19 formas de nombrar el síndrome en función a: traducción literal del término anglosajón, en referencia al contenido semántico de la palabra y en referencia a la sinonimia con el estrés laboral. La elección de la denominación Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) concuerda con los criterios señalados por Gil-monte (2005) donde el foco del síndrome está en el trabajo y no en la persona trabajadora y además, permite diferenciarlo de otros constructos psicológicos tales como la fatiga o el estrés laboral.

Del mismo modo, la autora de la investigación considera más pertinente utilizar un término en castellano que en inglés.

Para organizar todos los contenidos seleccionados como relevantes, se decide dividir el marco teórico en tres capítulos. En una etapa posterior, se comienza la reflexión e integración de los contenidos que deriva en la obtención de la discusión y las conclusiones. Se enuncian las limitaciones del estudio y sus futuras líneas de investigación.

1. EL FENÓMENO DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (SQT)

1.1 Delimitación conceptual del SQT

En medicina, un síndrome es un conjunto de síntomas y signos que concurren en tiempo y forma, y con variadas causas o etiología. Por ello, es necesaria una delimitación conceptual con el fin de establecer un marco diferencial del resto de enfermedades que permita detectar, diagnosticar y en consecuencia tratar el síndrome.

En este punto, se considera relevante, antes de indagar en el constructo, introducir brevemente el concepto de estrés, puesto que, como predecesor, ayuda a entender los procesos psicofisiológicos que bajo un inadecuado contexto y características, puede dar lugar al SQT.

1.1.1 *El estrés*

La palabra estrés precede a su uso científico. En el S.XIX, se utiliza el vocablo *Load*¹ para referir a la fuerza externa que actúa sobre un cuerpo, y estrés a la fuerza generada en el interior del cuerpo resultante de la acción de *load* y el vocablo *strain*² es la distorsión que sufre el objeto (García, 1998).

¹ Load proviene del inglés y significa “carga”.

² Strain proviene del inglés y significa “tensión”.

Según el autor, Selye (1936) llamó al estrés, síndrome general de adaptación (SGA) y lo definió como reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo. También propuso el nombre de estresores para los agentes evocadores de la respuesta.

Cada persona frente al estrés, busca estrategias para poder afrontarlo. Lazarus y Folkman (1984; 1986) definen el afrontamiento como “los esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son valoradas como situaciones que exceden o desbordan los recursos de una persona” (p. 164).

McGrath (1976) señala que cuando una persona considera que sus capacidades y recursos son superados por una situación del entorno, existe un potencial de estrés a percibir la situación como amenazante, en condiciones en las que la propia persona espera una diferencia sustancial entre las recompensas y los costes de satisfacer o no esa demanda.

Esta reacción, de forma positiva para el organismo, se llama *eustres*. Sin embargo, si el organismo está sometido constantemente a situaciones estresantes, que rebasan su capacidad de respuesta, los mismos mecanismos inicialmente benéficos se convierten en nocivos para el organismo; lo que se denomina *distres* (Araujo, s/f; Leka, 2004; Cano, 2002 citado en De la Gángara, 1998).

1.1.2 ¿Qué es el SQT? Definición y características

Existen múltiples definiciones del SQT. Gil-monte (2005) apunta, que en la necesidad de delimitar el fenómeno, se postuló en definirlo conceptualmente (Maslach y Pines, 1977; Maslach y Jackson, 1979), de integrarlo en los campos de estudio existentes

(MacNeill, 1982), o bien de diferenciarlo de otros fenómenos similares, como alienación (Karger, 1981), tedio (Pines, Aronson y Kafry, 1981; Pines y Kafry, 1978) o depresión (Farber, 1983; Fischer, 1983).

En la comunidad científica, la definición de Maslach y Jackson (1981) es de las más referidas. La razón estriba en su naturaleza operativa, puesto que se definió una conceptualización del síndrome de tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y menor realización personal, a través de un cuestionario, el “*Maslach Burnout Inventory*” (MBI). Así pues, la misma definición, proporcionaba un instrumento que permitía evaluar los niveles del problema (Moreno et al., 2001).

Una revisión posterior de Maslach (1993), ofrece bajo su criterio, la versión más amplia:

Un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir en individuos normales que trabajan con personas de alguna manera. El agotamiento emocional se refiere a los sentimientos de no poder dar más de sí a nivel emocional y a una disminución de los propios recursos emocionales. La despersonalización se refiere a una respuesta de distancia negativa, sentimientos y conductas cínicas respecto a otras personas, que son normalmente los usuarios del servicio o del cuidado. La reducida realización personal se refiere a la disminución en los propios sentimientos de competencia y logro en el trabajo (p. 20-21).

A su vez, posteriores revisiones, han reconceptualizado la dimensión “despersonalización” en “cinismo” (Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

Maslach (2009) relaciona las características de la tridimensionalidad del SQT con la gestión del estrés de la persona, las relaciones interpersonales y el desarrollo de una baja autoevaluación.

- Agotamiento emocional: se representa en la sensación vivida de no poder dar más de sí mismo, por lo tanto refiere al elemento de estrés individual básico en el SQT. La persona trabajadora siente estar sobreexigida y vacía de recursos emocionales y físicos. Desde esta percepción, experimenta debilidad y agotamiento y parece no encontrar la energía suficiente para enfrentar otro día o problema. De acuerdo con la autora, una queja común es “Estoy aplastado, sobrecargado y con exceso de trabajo –simplemente es demasiado” (p. 37). Esta dimensión se caracteriza por la sobrecarga laboral y el conflicto personal en el trabajo.
- La dimensión del cinismo, se relaciona con el contexto interpersonal del SQT. Alude a la negatividad, insensibilidad o apatía. Las personas trabajadoras irán reduciendo la cantidad de energía, el esfuerzo y la calidad de su trabajo. A su vez, aumentará una actitud negativa hacia la gente y el entorno laboral. Para la autora se desarrolla primordialmente, como respuesta al exceso de agotamiento emocional, una especie de mecanismo de defensa de la persona, que se convierte en un desapego y corre el peligro de derivar en la pérdida de idealismo y en la deshumanización.
- La reducida realización personal, representa la autoevaluación. Se refiere a los sentimientos de incompetencia, la carencia de logros y como consecuencia, disminuye la productividad en el trabajo. Se desarrolla una autopercepción de falta de recursos, de apoyo social y de desarrollo profesional. En esta dimensión pueden surgir preguntas como: “¿Qué estoy haciendo? ¿Por qué estoy aquí? Quizás este es el trabajo

equivocado para mí” (p. 38). La sensación de fracaso, de error en la elección profesional o disgusto en lo que se han convertido, pueden ocurrir. Se trata de una pérdida de confianza y autoestima.

1.1.3 Diferenciación con otros constructos

El constructo del SQT ha generado cierta confusión con otros fenómenos psicológicos que aparecen también en condiciones de trabajo no deseables, entre ellos, el estrés laboral, el desgaste emocional, fatiga, depresión (Gil-monte y Peiró, 1997).

La principal diferencia entre el estrés y el SQT estriba en su duración en el tiempo. El estrés refiere a procesos relativamente breves, mientras que el SQT, se origina por una situación prolongada en el tiempo de desajuste entre las demandas y los recursos laborales.

Además el estrés, conlleva efectos positivos y negativos (*eustres* y *distres*), mientras que el SQT sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno.

En relación al estrés laboral, Houtman, Jettinghoff y Cedillo (2008), describen cómo las personas que experimentan estrés en el entorno de trabajo, manifiestan tensión, angustia y experimentan la sensación de no poder hacer frente a las situaciones que tienen delante. De este modo, consideran el estrés laboral, la reacción que puede tener una persona ante exigencias y presiones extremadamente abrumadoras y que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades. Estas reacciones son de tipo psicológicas, emocionales, cognitivas y conductuales.

De este modo, Pines (1993) considera que el SQT es como un estado de estrés laboral prolongado, que tiene la cualidad de ser una inadaptación al estrés producido en el contexto de trabajo. Destaca como importante que el estrés laboral no necesariamente conduce al SQT.

La Fatiga Física es considerada un proceso de recuperación y se define como el resultado de la exposición a unas exigencias de trabajo durante un cierto tiempo. Su intensidad puede variar de ligera a agotamiento y su recuperación es el descanso.

En relación al proceso es relativamente rápida, en cambio la recuperación del SQT es más lenta y acompañada de sentimientos de profundo fracaso. Además, la fatiga suele ir acompañada de sentimientos de competencia y realización personal, mientras que el SQT conlleva una autoevaluación negativa y sentimiento de ineficacia laboral (Pines y Aronson, 1988).

Otra diferenciación importante es en relación a la patología depresiva.

Según el DSM-V la depresión se caracteriza por los siguientes síntomas: disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en las actividades, pérdida importante de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa, disminución de la capacidad de concentración, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

En el SQT predominan más los síntomas mentales o conductuales que los físicos. Entre los síntomas disfóricos se señalan, el cansancio mental o emocional, fatiga y depresión; siendo el principal el cansancio emocional (Maslach y Schaufeli, 1993).

Freudenberg (1974) considera que la depresión es uno de los síntomas más característicos del SQT. Glass y McKnight (1996), Leiter y Durup (1994), y Hallsten (1993) demuestran a partir de investigaciones empíricas de 18 estudios con más de 4.800 muestras, que los patrones de desarrollo y etiología son distintos. Encuentran síntomas asociados,

predominantemente el cansancio emocional, pero otros característicos del síndrome (despersonalización y baja realización personal), no se encuentran identificadas (Gil-monte, 2005)

Siguiendo la misma línea, se señala que uno de los síntomas más destacados en la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el SQT los sentimientos que predominan son la cólera o la rabia (Pines, 1993).

Una última distinción conceptual relevante debiera ser en relación al Mobbing. La OIT (2001) lo refiere como al acoso psicológico en el trabajo, ejercido como una presión por parte de jefes y/o compañeros. En cambio en el SQT, Gil-monte (2005) señala, que se debe entender como una forma de acoso psico-social en el trabajo, en la medida que la presión es ejercida por la percepción de la persona trabajadora cuanto se siente desbordada e incapaz de hacer frente a los problemas que le genera su entorno laboral, particularmente el entorno social.

1.1.4 Etiología del SQT. Modelos teóricos basados en el proceso secuencial

Varios autores han tratado de definir el proceso por el cual el estrés puede desembocar en el SQT.

Edelwich y Brodsky (1980) definen el SQT como “como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo” (p. 14).

Para dichos autores, la desilusión es el motor de un proceso desarrollado en cuatro etapas: al inicio se experimenta entusiasmo en un nuevo puesto de trabajo, gran energía y

expectativas positivas. Cuando las expectativas profesionales no se cumplen, se origina una etapa de estancamiento que provoca un sentimiento de desilusión y desemboca en una tercera etapa de frustración, paralización de actividades, y falta de interés. La cuarta etapa, es la apatía. Se suceden unos cambios actitudinales y conductuales como la tendencia a tratar a los usuarios de forma distanciada y mecánica. Se accionan como mecanismos de defensa, un afrontamiento defensivo-evitativo de las tareas estresantes y de retirada personal. Se pierde la esperanza y hay un distanciamiento creciente de la actividad laboral, que conlleva evitación e incluso inhibición de la actividad laboral.

Cherniss (1980) entiende el SQT como un proceso de acomodación psicológica entre una persona trabajadora estresada y un trabajo estresante. Lo divide en tres fases:

- 1) Fase de estrés. Caracterizada por un desajuste entre demandas laborales y los recursos de la persona trabajadora.
- 2) Fase de agotamiento. Se producen de forma crónica, respuestas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga.
- 3) Fase de agotamiento defensivo. Se aprecian cambios en las actitudes y en la conducta, como la robotización y el cinismo.

La necesidad de explicar su etiología, ha dado lugar a la aparición de distintos modelos teóricos que, tomando como referencia marcos psicosociales más amplios, agrupan una serie de variables, donde se determinan las interrelaciones entre los antecedentes y las consecuencias de las dimensiones del SQT (Gil-monte y Peiró, 1997).

De este modo, los autores los clasifican en tres grandes grupos:

- a) Modelos etiológicos basados en las teorías sociocognitivas del Yo. Adquieren importancia las variables del self, como ser, la autoconfianza, autoeficacia, autoconcepto, etc. Entre ellos se encuentra el Modelo de Competencia Social de

Harrison (1983), el Modelo de Pines (1993), el Modelo de Cherniss (1993) y el Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993). Estos modelos se basan en las ideas de Antonio Bandura, donde la creencia o grado de seguridad de la persona en sus propias capacidades determinará el empeño, con la que podrá conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, y a su vez, determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan a la acción.

- b) Modelos etiológicos basados en las teorías del intercambio social. Se consideran los principios de la teoría de la equidad (modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli, 1993) o de la teoría de la conservación de recursos (modelo de Hobfoll y Freedy, 1993). Destaca una falta de equidad en las relaciones de intercambio donde las recompensas no cumplen las expectativas, la persona siente un desequilibrio entre su implicación personal (ej., esfuerzo, tiempo), y lo que recibe a cambio (ej. estabilidad, reconocimiento social).
- b) Modelos etiológicos elaborados desde la teoría organizacional. Estos modelos incluyen como antecedentes del SQT las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Destacan los estresores en el contexto de la organización, fruto de una respuesta al estrés laboral. Se incluyen en este grupo el modelo de Golembiewski et al. (1983), el modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993), y el modelo de Winnubst (1993).

Por tanto, se podría hipotetizar que la propia naturaleza multi proximal del síndrome, cuestiona un único modelo explicativo etiológico, completo y satisfactorio, aludiendo quizás, a la necesidad de integrar distintas variables recogidas en las tres perspectivas.

1.2 La persona en el SQT

Dentro de las variables mencionadas anteriormente, se encuentran las individuales, las características propias de la persona.

Se ha estudiado qué tipo de influencia tiene en la aparición del SQT, los rasgos de la personalidad. Bien no se consideran evidencias suficientemente establecidas, Schaufeli y Enzmann (1998, citado Maslach, 2009) apuntan a tendencias predominantes.

Dentro de estas tendencias, aquellas personas con menor autoestima, un locus externo de control (creencia que el mundo sigue un orden pero son otras personas y no ellos mismos quienes tienen el control sobre este orden), bajos niveles de resistencia, y un estilo de conducta de Tipo-A, tienden a utilizar unas estrategias de afrontamiento de tipo pasivo o defensivo y esto deriva a que tengan un perfil más propenso al SQT.

La autora confirma que una línea de estudios ha emergido basada en el modelo de personalidad de los cinco factores (Big Five Factors)³, que vincula el SQT con la dimensión de neuroticismo. El neuroticismo incluye ansiedad, hostilidad, depresión, autoconciencia y vulnerabilidad. Se explica que las personas con altos niveles de neuroticismo poseen una mayor inestabilidad emocional y se inclinan hacia el *distres* psicológico; así pues, poseen un mayor nivel de riesgo para el desarrollo del SQT.

³ Según García-Izquierdo et al., (2009), existe un consenso acerca de la utilidad de este modelo para describir la personalidad cuyo supuesto básico es que cinco factores, cada uno con polos opuestos, son suficientes para describirla. Estos cinco rasgos o factores han sido tradicionalmente denominados como: factor O (Openness o apertura a nuevas experiencias), factor C (Conscientiousness o responsabilidad), factor E (Extraversion o extroversión), factor A (Agreeableness o amabilidad) y factor N (Neuroticism, neuroticismo o inestabilidad emocional).

1.3 Situaciones que contribuyen a la aparición del SQT

Según Maslach (2009) la investigación otorga una mayor importancia a las variables situacionales, puesto que se entiende que la naturaleza del trabajo intermedia más en la aparición del SQT que las características propias de la persona, no obstante, ambas variables personales y situacionales, actúan en interrelación.

Maslach y Leiter (1997 citado en Maslach, 2009) se basan en modelos anteriores de ajuste trabajo-persona. A cuanto mayor sea el desajuste, entre la persona y el trabajo, mayor probabilidad de que aparezca el SQT, la dinámica a la inversa se traducirá en una mayor probabilidad de compromiso hacia el trabajo.

Estos autores identifican seis claves principales: carga de trabajo, falta de control, recompensa, comunidad, equidad, y valores.

En el caso de la carga de trabajo el desequilibrio es claro, pues la persona siente que tiene demasiado trabajo y no suficiente tiempo. La falta de control se liga también estrechamente a niveles elevados de estrés, pues inhabilita la autonomía y la libertad en la persona. La recompensa alude a cuando la persona no se siente lo suficientemente reconocida por el desempeño de su trabajo.

En el caso de la comunidad, los conflictos no resueltos pueden derivar en una sensación de falta de apoyo y confianza, lo que produce el quiebre del sentido de pertenencia.

En un desequilibrio de la equidad, la persona siente no ser tratada justamente, de tal modo que insignificantes o triviales actos pueden generarle intensas emociones y repercusiones psicológicas.

Por último, un conflicto en los valores, puede ser un elemento clave en predecir niveles de SQT. Los autores señalan, que esto suele ocurrir cuando existe un conflicto

también entre los valores personales y los organizacionales, en ese caso la persona puede percibir que el trabajo ha corrompido sus propios valores individuales, pudiendo llevar a experimentar este desajuste de una manera crónica.

1.4 Consecuencias del SQT

En relación a los síntomas, es importante referir que existen dos niveles de aproximación distintos. Por una parte, la aproximación clínica en la que se evalúan los de la sintomatología que presenta la persona, sin que sea necesario tener en cuenta las dinámicas del proceso. Y por la otra, existe una aproximación psicosocial que recomienda considerar el SQT como un proceso que se desarrolla en la interacción de las características del entorno laboral y las características personales (Gil-monte, 2005).

Todos los autores confirman la necesidad de estudiar el SQT desde la aproximación psicosocial.

En la literatura existente se recogen más de un centenar de síntomas. Einsiedel y Tully (1982, citado en Gil-monte 2005) encuentran un total de setenta indicadores a nivel individual y trece a nivel organizacional. En la misma línea, Paine (1982) presenta una taxonomía con cuarenta y siete síntomas circunscritos al plano individual (Gil-monte 2005).

Maslach y Schaufeli (1993) establecen que los indicativos del síndrome, son los síntomas afectivos, los cognitivos y los de carácter actitudinal. La mayoría de estudios concuerdan en que las principales consecuencias del SQT son los factores emocionales.

Moreno et al., (2001) destacan que de los 22 ítems que constituyen el MBI, 12 de ellos comienzan con la expresión “Yo siento”.

Los autores también apuntan a la importancia de los síntomas cognitivos. La pérdida de las expectativas laborales iniciales marca drásticamente el comienzo del proceso del síndrome. Esta pérdida, genera una frustración, una especie de depresión cognitiva, al comprobar que los valores iniciales de referencia se vuelven insolventes. La concentración o toma de decisiones se ve afectada.

También señalan en los síntomas cognitivos, la autocrítica, desvalorización, autosabotaje y desconsideración hacia el propio trabajo. En palabras de Moreno et al., (2001), estos aspectos son producto del desarrollo de la simplificación y estereotipia que produce la despersonalización. La desconsideración en el trato a los clientes se convierte en cinismo sobre el valor que se da al propio trabajo y a la organización o institución. Como consecuencia, las personas afectadas se vuelven hipercríticos y desconfiados hacia cualquier forma de iniciativa organizacional.

Los autores entienden que la despersonalización está íntimamente relacionada con la conducta interpersonal, afectando la capacidad proactiva, la capacidad de planificación y la proyección de metas y objetivos laborales.

Según los mismo autores, las manifestaciones conductuales del SQT más relevantes son el aumento del consumo de estimulantes.

Entre las manifestaciones físicas citan las cefaleas, los dolores musculares y especialmente los dorsales. Los problemas de pérdida de apetito, disfunciones sexuales y problemas de sueño serían las manifestaciones más frecuentes en las personas afectadas por el síndrome.

Moreno et. al., (2001) apuntan que son pocos estudios donde los síntomas sean objetivamente evaluados puesto que, en la mayoría de casos, la variable salud ha sido un criterio autoinformado, y aluden a la necesidad de un mayor número de estudios de carácter longitudinal.

En la siguiente tabla del Gil-monte (2005) se agrupan los principales síntomas del SQT:

| Síntomas Cognitivos | Síntomas afectivo - emocionales | Síntomas actitudinales | Otros síntomas |
|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> · Sentirse contrariado · Sentir que no valoran tu trabajo · Percibirse incapaz para realizar las tareas · Pensar que no puedes abarcarlo todo · Pensar que trabajas mal · Falta de control · Verlo todo mal · Todo se hace una montaña · Sensación de no mejorar · Inseguridad · Pensar que el trabajo no vale la pena · Pérdida de autoestima | <ul style="list-style-type: none"> Nerviosismo Irritabilidad y mal humor Disgusto y enfado Frustración Agresividad Desencanto Aburrimiento Agobio Tristeza y depresión Desgaste emocional Angustia Sentimientos de culpa | <ul style="list-style-type: none"> · Falta de ganas de seguir trabajando · Apatía · Irresponsabilidad · Escaquearse · Pasar de todo · Estar harto · Intolerancia · Impaciencia · Quejarse por todo · Evaluar negativamente a compañeros · Romper con el entorno laboral · Ver al cliente como un enemigo · Frialidad hacia los clientes · No aguantar a los clientes · Indiferencia · Culpar a los demás de su situación | <p>Conductuales</p> <ul style="list-style-type: none"> · Aislamiento · No colaborar · Contestar mal · Enfrentamientos <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> · Cansancio |

Tabla 01. Principales síntomas psicológicos del SQT. Extraído de El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Gil-monte, 2005 pág. 50

1.5 La necesidad de estudiar el fenómeno en el panorama sociolaboral actual

En el mundo occidental, las actuales exigencias laborales son cada vez mayores. Las últimas dos décadas han sido testigo de un desequilibrio creciente entre las demandas a la persona trabajadora y sus posibilidades de rendimiento. Esto ha generado lo que se han llamado riesgos psicosociales, tales como problemas en el trabajo o crisis organizacionales (Gil-monte, 2005).

Para la OIT (2001), el entorno laboral, es un agente capaz de deteriorar la salud de las personas durante el desempeño de su trabajo. Establece el estudio del SQT, como una necesidad ligada al derecho de proteger a la persona trabajadora.

En la misma línea, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT), define el SQT como una patología derivada de la interacción del individuo con unas determinadas condiciones psicosociales nocivas de trabajo.

La información en línea de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA), describe los riesgos psicosociales como producto de las deficiencias en el diseño, la organización y la gestión del trabajo, así como de un escaso contexto social del entorno laboral, que pueden derivar en resultados psicológicos, físicos y sociales negativos, como el estrés laboral, el agotamiento o la depresión.

Algunos ejemplos específicos de riesgos psicosociales que menciona la EU-OSHA son: cargas de trabajo excesivas, exigencias contradictorias y falta de claridad de las funciones del puesto, falta de participación en la toma de decisiones que afectan al trabajador y falta de influencia en el modo en que se lleva a cabo el trabajo, gestión deficiente de los cambios organizativos, inseguridad en el empleo, comunicación ineficaz, falta de apoyo por parte de la dirección o los compañeros, acoso psicológico y sexual, violencia ejercida por terceros, entre otros.

Agregan que las personas trabajadoras sienten estrés cuando las exigencias de su trabajo son mayores que su capacidad para hacerles frente. Esto repercute en la organización, en un mal rendimiento global de la empresa, aumento del absentismo y unos mayores índices de accidentes y lesiones. Los costes para las empresas y la sociedad en general son cuantiosos y se estiman en miles de millones de euros a nivel nacional.

Según Gil-monte (2005) se podría hablar de “(...) organizaciones afectadas por el SQT. Esta dimensión es la que lo convierte en un problema con repercusiones laborales y sociales relevantes “(p. 22).

El autor apunta la influencia de los cambios sociales y el ritmo de vida de la sociedad occidental, en la difusión del fenómeno. Destaca entre ellos: los cambios en los sectores ocupacionales, la nueva ordenación del trabajo, el cambio en la concepción de la relación profesional entre los trabajadores, la cultura de mejora de calidad de vida laboral, el incremento del estrés laboral y su repercusión en la atención mediática, el incremento del sector servicios, el aumento de voluntariado y los cambios sociodemográficos.

Cambios que, según el mismo autor, ha generado un interés académico creciente por el fenómeno, la aparición de la actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales y la aparición de sentencias en las que se considera el SQT como un accidente de trabajo.

Además, añade que todo ello ha ejercido una presión en las clases políticas, que reconocen la necesidad de considerar los trastornos y enfermedades relacionadas con el estrés laboral para que figuren, como enfermedades profesionales.

La OMS (1984) declara que una salud ocupacional precaria y una capacidad reducida para trabajar en los trabajadores puede ocasionar pérdidas económicas entre el 10 y hasta un 20% del Producto Interno Bruto de un país. Añaden que en cifras globales, las muertes, enfermedades y padecimientos ocupacionales producen una pérdida estimada del 4% del producto doméstico bruto. (Houtman et al., 2008).

Houtman y Kompier (2001) publican las estadísticas de varios países, donde indican que son muchas las personas que abandonan su empleo por problemas de salud mental. En el

caso por ejemplo de los Países Bajos, los problemas de la tercera parte de los trabajadores diagnosticados cada año son debidos a la incapacidad laboral.

Los autores refieren a los problemas de salud mental, junto con los problemas musculoesqueléticos, los responsables de alrededor, dos terceras partes de todas las bajas anuales de causa médica.

La difusión del SQT ha llegado también a los sectores económicos.

En una de las conclusiones del estudio *Foresight Project on Mental Capital and Wellbeing*, Beddington et al. (2008) exponen que en el entorno laboral cambiante, el bienestar de los trabajadores es un factor de extrema importancia para poder mejorar el conocimiento en la economía y en la sociedad actual. Aluden al estudio del SQT como uno de los enclaves fundamentales (García-Izquierdo et al., 2009).

1.6 Origen y línea evolutiva en la investigación del SQT

El origen del término procede de Freudenberg (1974), quien utilizó el término *burnout* para aludir al estado físico y mental de los voluntarios en la institución de salud en la que trabajaba.

El autor lo describió como “una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador” (30:159-165).

En adición, Maslach (1976) psicóloga social quien estudiaba sobre las emociones en los lugares de trabajo, dio a conocer el término dentro del Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos (A.P.A.) aludiendo a la situación entre los trabajadores de servicios que, tras meses o años de dedicación, acaban "quemándose".

De la Gángara (1998) remarca otro hito importante en la historia del SQT, la celebración en Filadelfia de la *I Conferencia Nacional sobre el Burnout* ya que permitió unificar criterios entre los expertos y poner en conjunto resultados y experiencias.

En esta unificación de criterios, Perlman y Hartman (1982, citado en Álvarez y Ríos, 1991) señalan como fundamentales: a) la importancia cada vez mayor que los servicios humanos han ido adquiriendo como partícipes del bienestar individual y de la colectividad, b) la valoración y mayor exigencia que los usuarios hacen de los servicios sociales, educativos o sanitarios, c) los conocimientos por parte de los investigadores, de los poderosos y perjudiciales efectos del estrés en las personas, así como los ambientes de los que participa el sujeto.

Un repaso de la historia sobre la investigación del SQT, permite ver una línea orgánica evolutiva en relación al incremento de conocimientos teóricos y empíricos adquiridos, en las que Maslach, Schaufeli y Leiter, (2001) distinguen las siguientes fases de desarrollo.

1. Fase Pionera: Los mismos autores refieren a esta fase como exploratoria, la articulación del fenómeno, darle un nombre y mostrar que no trataba de una respuesta común. Esta fase comprende artículos de mediados de los años setenta en Estados Unidos.

Debido a este primer intento de delimitación, predomina el carácter descriptivo del fenómeno en base a los efectos y los estresores emocionales e interpersonales. Según Storlie (1979) es un colapso espiritual, para Seiderman (1978) una pérdida de energía positiva, de flexibilidad y de acceso a los propios recursos y para Bloch (1972), un tipo de conducta cínica en la interrelación con los clientes, punto en el que insistía Reidl (1977) al hablar de una deshumanización hacia los clientes (Moreno, González, Garrosa, 2001).

2. Fase empírica: La segunda fase que Maslach et al., (2001) llaman empírica, es el período de la década de los años ochenta, caracterizada por el predominio de un estilo sistemático. El tipo de estudios son de una naturaleza cuantitativa, utilizando cuestionarios como metodología para estudiar distintas poblaciones. Destaca la escala psicométrica MBI desarrollada por Maslach & Jackson (1981) que sigue siendo, a día de hoy, la más usada como herramienta evaluativa y de diagnóstico del SQT.

Los autores aciertan en señalar, que el giro empírico fue acompañado con teorías y contribuciones metodológicas desde la psicología organizacional. Lo que dio lugar en la década de los noventa, a desarrollar esta fase empírica en distintas direcciones, por un lado la amplitud de poblaciones de estudio y por otro, la mejora de las herramientas estadísticas. Surgen a raíz de este desarrollo, modelos teóricos estructurantes que interrelacionan distintos factores organizacionales con las tres dimensiones del síndrome.

Además, aparecen los primeros estudios longitudinales donde se evalúa el efecto del entorno laboral en el individuo, para confirmar la premisa, tal como constatan los autores, que el SQT es consecuencia de la interacción entre individuo y el contexto laboral.

Una pregunta que surge, es si este síndrome se configura en esa época ó si bien, existía con anterioridad.

En la literatura se encuentran varias referencias a estados psicológicos que se enmarcan en la descripción del SQT, referidos con otros términos como por ejemplo *reacción de agotamiento*. El caso más famoso de referencia, proviene de la literatura ficticia, *A Burnt-out Case* (1961) de Graham Green, donde un arquitecto abandona su trabajo movido por la desilusión y se retira a la selva africana (Maslach y Schaufeli, 1993).

El SQT ha sido referido como *síndrome de Tomás*, derivado de la novela "*La insoportable levedad del ser*", de Milan Kundera, donde un neurocirujano frustrado llamado Tomás sufre una pérdida de autoestima, acompañada de tedio y desánimo en el trabajo. No obstante, Gil-monte (2005) señala que aunque ciertos síntomas aluden al síndrome, el proceso de desarrollo descrito, no es el apropiado.

Para Maslach y Schaufeli (1993), son los factores económicos, sociales e históricos del momento, los que motivan el interés por el estudio del fenómeno a mediados de los años setenta. Farber (1983, citado en Maslach y Schaufeli, 1993) sugiere la capacidad competitiva del individuo y la satisfacción del trabajo como factores.

Los trabajadores estadounidenses se han vuelto, cada vez más, desconectados y alienados de sus comunidades, y una insistente predilección por alcanzar la realización personal y la satisfacción en su trabajo. La combinación de ambas dos tendencias ha producido unos trabajadores con una mayores expectativas de

cumplimiento y un menor manejo de sus recursos para hacer frente a las frustraciones, la receta perfecta para el SQT (p. 11).

Actualmente, una tercera fase de estudios, centra su atención sobre la persona y en su potencialidad más que en las capacidades limitantes del síndrome.

De este modo, Schaufeli y Bakker (2004 citado en García-Izquierdo et al., 2009) confirman que la investigación, con el sostén de estudios de la psicología positiva, se orienta fundamentalmente, hacia la capacidad de afrontamiento de los recursos personales.

Los autores destacan el creciente interés de los estudios hacia las capacidades de la persona, que ponen el énfasis en las fortalezas humanas que actúan como freno frente a las adversidades y experiencias traumáticas, por sobre los procesos de enfermedad (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Los mismos autores resaltan vías de estudio que recientemente se llevan a cabo. Tal es el caso por ejemplo, de las capacidades personales positivas como la felicidad (Csikszentmihalyi, 1999), o bien, la formulación que las personas con alta resistencia muestran más estabilidad emocional (Bonanno, Papa y O'Neill, 2001), y son más flexibles a los cambios y más abiertas a nuevas experiencias (Tugade y Fredrickson, 2004) que aquellas con baja resistencia.

1.7 Cómo tratar el SQT

1.7.1 Criterios de diagnóstico

El SQT no aparece recogido en los manuales internacionales de diagnóstico psicopatológico (DSM-V o CIE-10) como una patología con identidad propia. No obstante,

algunos autores son partidarios de incluirlo, bajo la categoría de trastorno adaptativo (Vega, 2005).

Según el DSM-V, un trastorno adaptativo es la aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresor identificable. Para su criterio de diagnóstico debe tener lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresor, y resolverse en los 6 meses después de la desaparición del estresor.

Gil-monte (2005) sugiere esta clasificación dentro del subtipo “no especificado”, pues es el subtipo que debe usarse para las reacciones desadaptativas, como por ejemplo, quejas somáticas, aislamiento social, inhibición académica o laboral, etc.

Acorde con el autor, se considera relevante matizar que los síntomas asociados al SQT no son indicativos suficiente de diagnóstico. Una persona puede mantener actitudes cínicas en el trabajo debido a su personalidad o educación, o se puede experimentar fatiga sin llegar a desarrollar el SQT.

Los expertos acuerdan que para el diagnóstico del SQT, son necesarias la consideración del contexto en el que surge la patología, análisis del proceso de aparición y su proceso de desarrollo, diagnóstico diferencial y la concurrencia de varios síntomas que deterioran el plano cognitivo, afectivo y actitudinal de la persona trabajadora. Se debe identificar también las fuentes de estrés, origen de las consecuencias.

Para la correcta evaluación del SQT, se utilizan métodos cualitativos (entrevistas diagnósticas), cuantitativos (pruebas psicométricas) e identificación del grado de asociación existente entre las fuentes de estrés, los síntomas del SQT y sus consecuencias.

1.7.2. Herramientas evaluativas y de medición del SQT

La herramienta estándar, es el MBI. Esta herramienta ha pasado varias modificaciones (Maslach et al., 1981, 1986, 1996). De ellas surge el MBI-General Survey (MBI-GS) (Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996) que es de carácter más genérico y para todo tipo de profesiones (Salanova, 2005).

Olivares y Gil Monte (2009) centran sus investigaciones en las principales fortalezas y debilidades del cuestionario MBI, e indican que es el instrumento más aceptado en el campo de la medición del SQT, con un apoyo empírico en amplias muestras de profesiones, sigue siendo el que más ha aportado a la conceptualización del síndrome.

Sin embargo, los autores también mencionan que el MBI no ha estado exento de problemas psicométricos, lo que no ha impedido su consolidación futura, manifestando algunas debilidades, especialmente fuera del entorno anglosajón.

A su vez, destacan la necesidad de desarrollar mayor investigación para la mejora en la comprensión del síndrome y mayor eficacia en la intervención. Y por tanto, sugieren otros aportes científicos en los estudios psicométricos del SQT como una alternativa de medición al MBI. Es el caso del Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (Kristensen et al. 2005), Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) (Demerouti 1999; Demerouti et al. 2003), etc.

1.7.2 Prevención y tratamiento del SQT

Si bien es cierto que las investigaciones realizadas en el campo apuntan a la necesidad de tratamientos integrales, en la praxis, los tratamientos se han centrado más en el enfoque individual.

Los estudios confirman una tendencia vigente de responsabilizar a la persona, evitando una conciencia organizacional como parte activa en la aparición del SQT (Vega, 2005). En este caso, Schaufeli (2005) advierte que los enfoques estrictamente individuales del SQT puede generar el peligro de "echar la culpa a la víctima".

En una revisión general, Soria y Gumbau, (2008) sugieren intervenciones orientadas, a cambios en el ambiente de trabajo (ej., reducción de demandas laborales y aumento de recursos laborales) o cambios en la persona (ej., aumento de recursos personales mediante acciones formativas), y a la interacción persona-trabajo (ej., reducción de demandas y/o aumento de recursos laborales, y aumento de recursos personales).

Paralelamente, Gil-monte (2005) añade a las intervenciones de tipo organizacional, interpersonal e individual, la necesidad de medidas sobre la concienciación informativa del SQT (aparición, desarrollo y progreso).

Destaca la consideración de las acciones sociales, mediante la fomentación de recursos humanos y materiales y así poder paliar que el trabajo, sea una actividad de riesgo para las personas. Desde su punto de vista, se debe abogar a la responsabilidad de los organismos gubernamentales en cuanto a la prevención del SQT.

Schaufeli (2005) establece los objetivos de intervención en base a los tres tipos de estrategias que existen en salud: la prevención primaria, la secundaria y la terciaria.

De este modo, la intervención primaria es de carácter general dirigida a cualquier persona trabajadora; la secundaria para aquellas que presentan riesgo de padecer el síndrome; y la terciaria, para quienes que ya lo sufren.

Un ejemplo de intervenciones psicosociales que se basan en estrategias se muestra en la tabla siguiente.

| PRINCIPALES ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL | | |
|--|--|--|
| OBJETIVO / FOCO | ESTRATEGIAS INDIVIDUALES | ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES |
| DIAGNÓSTICO | - Auto-diagnóstico | - Auditoría de salud psicosocial |
| PREVENCIÓN PRIMARIA | - Gestión del tiempo - Entrenamiento en habilidades sociales - Equilibrio trabajo-vida privada | - Mejora del contenido del puesto - Horarios de trabajo - Desarrollo directivo |
| PREVENCIÓN SECUNDARIA | - Grupos de mejora - Coaching and consulting | - Programas de acogida a nuevos empleados - Desarrollo organizacional |
| PREVENCIÓN Terciaria/ TRATAMIENTO | - Asesoramiento - Psicoterapia | - Institucionalización de servicios |

Tabla 02. Principales estrategias de Intervención psicosocial. Extraído de Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. Soria y Gumbau, 2008 pág. 63

En la tabla se puede observar que en las estrategias individuales se parte del autodiagnóstico para identificar el problema. Para el autor, la auto-observación corporal de las señales y síntomas, aumenta la conciencia de pensamientos, sensaciones y formas de poder afrontarlos.

La prevención primaria se centra en la gestión del tiempo. Las personas en riesgo de padecer el SQT, suelen tener la sensación de que deben hacer demasiadas cosas en muy poco tiempo.

En la prevención secundaria, se fomentan las habilidades interpersonales, apoyo emocional mutuo o trabajo en equipo para resolver problemas laborales, a través de grupos de apoyo.

La atención terciaria, requiere de tratamiento ya sea orientativo o psicoterapéutico, dependiendo de su gravedad, generalmente, técnicas de tipo cognitivo-conductuales.

Si la intervención es a nivel organizacional, Schaufeli (2005) propone auditorías de salud psicosocial puesto que permiten identificar y medir los niveles de estrés de la organización y comparar las puntuaciones de los trabajadores según su ocupación, ubicación, etc.

Otra forma de comprobación de los niveles de SQT, puede ser una especie de chequeo voluntario, para observar si existen altos niveles de SQT y por tanto, las personas trabajadoras puedan tomar las medidas necesarias en cuanto a la búsqueda de asesoramiento y/o tratamiento.

Las medidas para atender las mejoras a nivel organizacional se dirigen hacia la reducción cuantitativa y/o cualitativa de las sobrecargas de trabajo tales como: rediseño de puestos, clarificación de roles para evitar ambigüedades, mejoras del entorno laboral físico y programas de acogida a nuevos empleados para disminuir falsas expectativas, etc.

Vega (2005) añade, el aumento del grado de autonomía y la descentralización de toma decisiones, establecimiento de líneas claras de responsabilidad, mejora en las comunicaciones, fomento del trabajo en equipo, flexibilidad horaria, entre otras.

Los estudios empíricos sobre la gestión del estrés en las intervenciones individuales indican que funcionan, particularmente los que utilizan técnicas de relajación y de reestructuración cognitiva, o una combinación de ambas cosas (Schaufeli, 2005).

No se ha podido demostrar metodológicamente que las estrategias organizacionales ofrecen resultados significativos. Para el autor, esto no demuestra que las estrategias sean ineficaces, más bien, apunta a los pocos estudios realizados por el momento, dada la dificultad de su implementación.

Además destaca, en relación a las medidas de intervención, que los objetivos no deben centrarse únicamente en la eficacia de los resultados en cuanto a la reducción de los síntomas, sino además deben contemplar también, la rentabilidad, el beneficio financiero que supone reducir el SQT (Schaufeli, 2005).

En resumen todas estas intervenciones se dirigen a fomentar el apoyo social, puesto que los estudios psicosociales demuestran la influencia positiva que promueve la integración social en el bienestar psicológico de la persona (Gil-monte, 2005).

En este sentido, Pines (1997, citado en Gil-monte, 2005), distingue seis formas diferentes de ofrecer apoyo social en el trabajo: 1) escuchar de una manera activa sin juzgar sus acciones. 2) ofrecer un apoyo teórico que confirme a la persona que está haciendo bien las cosas. 3) ofrecer un apoyo experto que no puede ser otorgado por los círculos cercanos ajenos a la profesión. 4) proporcionar apoyo emocional entendido éste, como apoyo incondicional. 5) dar un apoyo emocional desafiante que haga reflexionar a la persona sobre sus resultados (por ejemplo, culpar a los clientes de sus fracasos emocionales). 6) Participar de la realidad social de la persona, ahondando así en su autoconcepto, autoeficacia y autoestima.

Esta forma de apoyo social se encuentra en línea con fundamentos metodológicos de la DMT, donde la presencia del terapeuta, a través del acompañamiento y la escucha, toma un rol activo en el proceso de la persona. Se verá pues a continuación, una revisión de contenidos teóricos y prácticos de la DMT como profesión psicoterapéutica para ahondar sobre los posibles aportes que ésta puede ofrecer a la intervención y prevención del SQT.

2. LA DANZA MOVIMIENTO TERAPIA

La DMT es una forma de psicoterapia que se centra en el uso del movimiento como motor de cambio. La complejidad interrelacional entre la mente y el cuerpo se estudia y es reconocida desde hace tiempo, sin embargo, en la cultura moderna occidental existe poca investigación sobre el uso del cuerpo como fuerza curativa para las dolencias emocionales (Chaiklin, 2011).

Por otro lado, las culturas orientales entienden la relación mente-cuerpo como un sistema que debe funcionar con fluidez y armonía. En esta concepción, entienden un conflicto entre el flujo y la unidad como un indicador de una presencia de estrés y problemas físicos y psicológicos.

La DMT se confirma en estas suposiciones, un sistema interrelacional construido en base a conceptos psicológicos y fisiológicos (Chaiklin, 2011).

El presente capítulo, tiene como objetivo proporcionar un entendimiento global de la DMT. Para ello, se revisará como la DMT toma su cuerpo como profesión, cuáles son sus orígenes, los principios en los que se apoya, sus metodologías, las bases teóricas y las prácticas.

La DMT, en su dimensión multidisciplinar se nutre de diversas disciplinas, entre el campo del movimiento corporal y de las ciencias humanísticas, se encuentra la psicología, la antropología, la psicología del desarrollo, el psicoanálisis y la neurociencia.

Su teoría y su práctica se basan en la metodología de la psicoterapia; en la investigación sobre la comunicación no-verbal; en la psicología del desarrollo humano y en los sistemas de análisis del movimiento (Panhofer, 2005).

El cuerpo en movimiento es para la DMT información. Los aspectos psicológicos del movimiento y la orientación psicodinámica predominan en esta práctica. La DMT, entiende el movimiento inconsciente como un enclave interactivo, a través del cual, la persona puede expresarse, comunicarse y beneficiarse, para entender las emociones que provocan, responden y/o se relacionan con su estado de salud actual (Rodríguez, 2009).

Según Levy (1992, citado en Rodríguez, 2009), el movimiento refleja los estados emocionales y los cambios en estos movimientos, llevarán por consiguiente cambios en la psique, de este modo, se promueve el crecimiento personal y la salud en la persona.

Schmais (1986) considera, que en la actualidad hay una tendencia a sentir alienación del propio cuerpo, del propio movimiento. En este sentido, Panhofer & Rodríguez (2005) apuntan a los cambios vertiginosos de hoy en día, donde prima lo material sobre lo abstracto y emocional, el foco en la productividad presiona en general, el poder creativo innato del individuo.

Las mismas autoras presentan la DMT como un acompañamiento psicoterapéutico que contribuye a la no deshumanización y que “se adentra en el campo de la salud mental para a través, de otros canales de comunicación, apoyar el proceso psicoterapéutico que la persona necesite en cada momento de su vida” (p. 49).

La DMT con su breve historia como una disciplina entra desde sus inicios, en los circuitos tradicionales de la medicina, concretamente la psiquiatría, en centros de Salud Mental. Su evolución, los estudios de investigación y el ejercicio de profesionales de distintas generaciones, ha llevado al uso de su aplicación práctica y teórica en todo tipo de poblaciones.

Pertenece al ámbito de las terapias creativas (TTCC), como otras disciplinas como la Arteterapia, la Musicoterapia y el Psicodrama.

Las TTCC, desde una visión holística del ser humano, van acorde con la definición de la Salud de la OMS, en cuanto la enfermedad no significa ausencia de salud, sino la dificultad o incapacidad para acceder al propio potencial dentro del contexto concreto en el que vive la persona, asociado a una privación de bienestar físico, mental y social (Mateos, 2011).

Por una parte, existe amplia evidencia sobre cómo las TTCC tratan más de cerca con los procesos primarios (no conscientes, no simbólicos y no verbales) que las terapias verbales, e inciden más directamente en lo emocional que en los procesos cognitivos.

Desde esta visión, los aportes metodológicos y técnicas de intervención que puede aportar la DMT al caso concreto de este estudio sobre el SQT, que se caracteriza por el desgaste emocional y las repercusiones psicofisiológicas que tiene en las personas, puede ser revitalizante en búsqueda de nuevos modos de investigación y de intervención.

2.1 Orígenes, antecedentes históricos y situación actual de la DMT

Los orígenes refieren tres elementos fundamentales: 1) el uso terapéutico de la danza lo largo de la historia, 2) la influencia creativa de la danza moderna y la improvisación desde su aspecto artístico del expresionismo, 3) los aspectos psicológicos del movimiento (Panhofer y Rodríguez, 2005).

En referencia al uso terapéutico de la danza lo largo del tiempo, Chaiklin & Wengrower (2008) señalan que la DMT “tiene sus raíces tanto en el pasado arcaico de la humanidad como en el presente posmoderno “(p.19) apuntando que el aspecto creativo de la

danza, como una forma artística creada por el hombre, tiene como fin la expresión y transmisión de conocimiento.

En la concepción filosófica de la DMT, Chaiklin (2008), alude a ese poder terapéutico de la danza inherente a su naturaleza, debido a sus aspectos psicofísicos.

En palabras de Schmais (1986), las personas han bailado su vida a través de los tiempos. A lo largo de la historia han expresado emociones y sentimientos a través de movimientos en grupo, en el compartir de un ritmo común. Son los rituales de danza, según Levy (1992), los que acompañaban los mayores cambios que iban sucediendo en la cultura del grupo.

Chaiklin, (2008) entiende que la creatividad representa en el arte, la estructura interna que articula aquello que es difícil de expresar. La DMT, se basa en el arte de la danza, nutrida de teorías psicológicas que remiten a los procesos humanos fundamentales.

El segundo componente relevante para los orígenes de la DMT, es la danza creativa moderna.

La danza moderna tuvo un gran impacto en los primeros profesionales de la DMT, los dmts⁴. No se imagina el desarrollo de la DMT, sin su aportación de las ideas coreográficas y artísticas, basadas en la expresión emocional y el puro abandono de las formas clásicas y técnicas (Levy, 1992).

Panhofer y Rodríguez (2005) resaltan a Mary Wigman, figura icónica de la expresión corporal y rebeldía contra las estructuras formales, y bailarina que estudió con Rudolf Laban, pionero en la investigación del movimiento y autor en las primeras postulaciones sobre las conexiones psicológicas y fisiológicas del movimiento.

⁴ Se utilizará la abreviatura “dmts” para referir a los/las danza movimiento terapeutas. También llamados terapeutas en danza movimiento ó psicoterapeutas DM.

Como tercer elemento fundamental para los orígenes de la DMT, se encuentra la influencia de los aspectos psicológicos del movimiento, que se han creado desde diversas fuentes.

En el nacimiento del psicoanálisis, Panhofer y Rodríguez (2005) afirman que la mente y el inconsciente no fueron los únicos en suscitar interés, sino también el cuerpo y el lenguaje corporal. Ellenberg (1979, citado en Panhofer y Rodríguez, 2005) enumera a Freud, Alfred Adler y Carl Gustav Jung como figuras más influyentes en la DMT.

También apuntan a otra de las aportaciones más ricas, Wilhelm Reich y su discípulo Alexander Löwen, con los desarrollos de métodos no verbales basados en estudios de la estructura corporal y el cambio en el psiquismo.

Las mismas autoras, destacan también la importancia del contexto sociocultural de mediados de los años cincuenta del siglo pasado. Sugieren que probablemente las guerras mundiales y los efectos migratorios fueran el dispensador de un escenario en Estados Unidos, que reunió a distintos referentes procedentes de la psicología, la psiquiatría, el psicodrama y la danza moderna, y dió por tanto lugar, a los orígenes de la profesión.

Bajo este marco mencionado, la DMT surge como una iniciativa personal de un grupo reducido de bailarinas norteamericanas bajo el liderazgo de Marian Chace, quién, incitada por sus discípulas, reunió los grupos de ambas costas de los Estados Unidos. Estos grupos, fueron liderados por Trudy Schoop, Mary Whitehouse, Alma Hawkins, Francisca Boas y Lilyan Espenak, las llamadas Pioneras de la DMT (Levy, 1992).

La mayoría de ellas, se vieron influenciadas por referentes de las corrientes psicoanalíticas, tales son los casos de la influencia jungiana en Mary Whitehouse, la influencia de Adler en el trabajo de Blanche Evans y Liljan Espenak ó las teorías humanistas de Carl Roger y Abraham Maslow en Alma Hawkins (Levy, 1992).

Para una revisión sobre las pioneras de la DMT, véase la obra de Fran Levy (1992) *Dance Movement Therapy: A healing Art*.

El trabajo de estas mujeres, se ha convertido en un gran legado para la DMT. Levy (1992) describe que fue tal la aportación que generó en las generaciones posteriores, el esfuerzo común en la profundización y consolidación de las prácticas y técnicas, más que intentar incorporar nuevas.

Este movimiento orgánico, ha permitido la consolidación de las bases teóricas. Y, por consiguiente, una expansión natural en las décadas siguientes, ha sido la difusión y estudio de las distintas aplicaciones clínicas disponibles a diversas poblaciones y contextos.

2.1.1 Cómo se conforma la DMT actual

En 1966 se crea la Asociación Americana de Danza Terapia (ADTA) y tiene como fin, proporcionar un encuadre institucional para profundizar en la difusión y el estudio de la DMT. Marian Chace es su primera presidenta. Por aquel entonces el recuento lo forman 75 miembros asociados (Chaiklin & Wengrower, 2008).

Según la información en línea de la página oficial de la ADTA, en el año 2000 el número registrado es de 955 miembros profesionales y 255 miembros no profesionales.

Y por otra parte, Dulicai & Berger (2005) constatan la presencia de formaciones, dmts y/o asociaciones de DMT en al menos en 37 países.

En España los organismos que apoyan a la DMT, son los siguientes.

La formación profesional se encuentra centralizada en un único máster de Danza Movimiento Terapia, impartido en la Universidad Autónoma de Barcelona. Se trata éste, de un máster propio de la Universidad.

Desafortunadamente, a día de hoy, la profesión no está reconocida como tal por el sistema educativo ni el sanitario, no obstante, sí es reconocida como formación por la Asociación Española de Danza Movimiento Terapia (ADMTE).

La ADMTE, fundada en el 2001, se rige por los mismos requisitos y criterios tanto de la Asociación Americana de Danza Movimiento Terapia (ADTA) como de la Asociación Europea de DMT (AEDMT, 2000). Su objetivo es la integración y desarrollo de esta profesión en España (Panhofer y Rodríguez, 2005).

En los estatus de su página web oficial, se puede encontrar que refiere a los profesionales dmts como licenciados que han cursado una formación de postgrado o Máster en DMT, formación no inferior a 85 créditos con un mínimo de 700 horas de práctica clínica supervisada.

Añaden que estos profesionales, poseen amplios conocimientos, teóricos y experienciales sobre procesos de creación artística, psicología del desarrollo humano, psicopatología, dinámica de grupos, psicoterapia y psicología dinámica general.

Su formación les habilita para atender adecuadamente a personas que pueden padecer problemas psicológicos de diversa especie y condición. El campo de aplicación de la DMT incluirá: la salud, la educación y el apoyo social (ADMTE, 2016).

Es de acuerdo común en la profesión, que la falta de reconocimiento a nivel estatal, genera una escasa demanda laboral de su ejercicio profesional y en consecuencia, subyacentes problemáticas pueden aminorar la estabilidad de la comunidad profesional (dispersión o falta de identidad profesional).

De cualquier modo, Dulicai (2003) señala que hay que mantener grandes proyecciones para la profesión y favorecer en la medida de lo posible, la colaboración activa con el sistema de salud de España.

La autora enfatiza las contribuciones que la DMT puede realizar en temas de preocupación global, como son: la mejora de la calidad de vida en relación al ámbito de la salud, la prevención de taras genéticas, el aumento de la expectativa de vida, etc.

En un estudio sobre los servicios intracomunitarios de salud mental entre España y Alemania, Salize et al., (1999 citado en Dulicai, 2003) observan la necesidad de mejorar las redes comunitarias de salud mental en ambos países.

En base a esta evidencia, Dulicai (2003) apunta a la oportunidad que supone para los dmts atender esa necesidad y demostrar a la comunidad española actual, la rentabilidad de los servicios que la DMT puede ofrecer, sobre la mejora de calidad de vida de las personas y a la salud pública en general.

A partir de este breve contexto sobre el origen de la profesión, se revisará la conceptualización y sus características generales.

2.2 Denominación, definición y principios de la DMT

La denominación proviene del término *DanzaTerapia*. Se decidió, años atrás, incluir la palabra “movimiento” puesto que la danza es, en sí misma, una sucesión de movimientos. Esta especificidad tiene como objetivo cubrir una necesidad divergente. Por un lado, se aproxima a un matiz fundamental para la práctica de la DMT, que es, la importancia de los

pequeños movimientos en el contexto terapéutico. Y por otro lado, se aleja de la concepción de la danza en cuanto a su ser como arte escénico (Rodríguez, 2009).

En esta línea, la misma autora, alude a la importancia que tiene cada palabra en la denominación. En cada una, se encuentran los ejes fundamentales de la propia DMT.

La palabra “danza” hace referencia a los orígenes, a las bailarinas pioneras inspiradas por el arte de crear, encarnando en sus movimientos sus vidas, emociones, conflictos, deseos y miedos fueron desarrollando la necesidad de ir un paso más allá y crear una herramienta que ayudara a dar significado a todo aquello que estaban sintiendo (...)

Por otro lado, la palabra “movimiento” incluye todo un área importantísimo para la DMT, el campo de la investigación y teorización sobre la comunicación no verbal y psicología del movimiento corporal que durante años ha ido desarrollando conceptos, teorías y principios de relación gracias a numerosos estudios de investigación.

Finalmente, la palabra psicoterapia o terapia, hace referencia al encuadre, al marco dónde se encuentran estas herramientas y la actitud verbal y no verbal desde donde el cual se pretende trabajar y entender al paciente, será también crucial como fundamento de la DMT (p. 2).

Acorde con esta cita, se puede decir que la DMT es una modalidad de psicoterapia, que trabaja con el cuerpo y su propio lenguaje expresivo e utiliza el movimiento creativo y la danza, como modo de afrontamiento a un proceso personal de integración y de crecimiento (Bernstein, 1979).

La ADTA, define la DMT como el uso psicoterapéutico del movimiento para promover la integración emocional, cognitiva, física y social del individuo (ADTA, 2013).

Y a su vez, la ADMTE, la define como el uso psicoterapéutico del movimiento dentro de un proceso que persigue la integración psicofísica (cuerpo-mente) del individuo (ADMTE, 2013).

Para Payne (2002) se trata de la conexión entre movimiento y emoción, que desde el trabajo con el cuerpo y su propio lenguaje, busca la integración psicofísica del individuo.

Wengrower (2008), define los principios básicos, los fundamentos de la DMT:

1) la idea del ser humano como unidad inseparable cuerpo-mente, 2) el potencial curativo del proceso creativo mediante el movimiento y la danza, y 3) la labor realizada dentro de una relación terapéutica.

Panhofer y Rodríguez (2005) resumen como principios claves, aquellos que, basados de la teoría y práctica de la DMT, son puestos en uso por la mayoría de dmts:

- Conexión e interacción mente y cuerpo: los cambios en el movimiento provocan a su vez cambios en el funcionamiento general de la persona.
- El movimiento es un reflejo de la personalidad y la actitud interior de la persona que se mueve.
- La DMT permite recordar las relaciones tempranas, y accede a estados pre-verbales a través de la comunicación no verbal.
- La relación terapéutica se crea en cierta medida de una forma no verbal, por ejemplo, a través de las técnicas del espejo (*mirroring*).
- El movimiento contiene una función simbólica por el cual se ponen en manifiesto procesos inconscientes.
- La improvisación en el movimiento posibilita al paciente/usuario experimentar con nuevas maneras de ser.

Las mismas autoras, refieren a un estudio realizado en Gran Bretaña a dmts por Karkou, V. y Sanderson, P., (2001) sobre las teorías y procedimientos de evaluación.

Los resultados del estudio manifiestan, que el 100% de los dmts se basan en la conexión cuerpo-mente y se destaca, el uso de metáforas y la interacción activa dentro del proceso terapéutico.

Otros datos del estudio recogidos y de interés, son los siguientes: un 82,9% incorpora la obra del psicoanalista Winnicott y un 75,6 se apoya en teorías del desarrollo humano. También, la relación de dmts que utilizan las teorías sobre psicología de grupo es significativa. A su vez, se indican otras influencias en las técnicas aplicadas como son, la teoría psicoanalítica, la teoría de las relaciones objetales y el trabajo simbólico de Jung.

Este estudio demuestra que el concepto de la indivisibilidad del cuerpo y de la mente es una premisa básica en la DMT. Panhofer y Rodríguez (2005) refieren al *Yo corporal* como punto de partida, para, en un contexto terapéutico, trabajar con el mundo interno que consciente o inconscientemente acompaña.

2.3 El Yo corporal en la DMT

En palabras de Fischman (2005a), en la DMT se reivindica un conocimiento ancestral del espíritu holístico, la vuelta al origen encarnado de la mente, contrapuesto al afán moderno de objetividad y certezas, que promueve el dualismo mente-cuerpo.

Panhofer (2012) señala diversos avances que reconocen y profundizan la idea de una mente encarnada⁵. Estos van desde la neurociencia (Carrol, 2006; Damasio, 1994, 1999;

⁵ embodied mind.

Panksepp, 2006a, 2006b), a la filosofía (Bourdieu, 1977; Fuchs, 2001, 2003; Gallagher, 1986, 2005, 2008; Merleau-Ponty, 1962, 1964; Sheets-Johnstone, 1999) y a la lingüística cognitiva (Gibbs & Bogdonovich, 1999; Kövecses, 2003; Lakoff, 1987; Lakoff & Johnson, 1999, 2003; Lakoff & Turner, 1989).

La autora alude a la idea del cuerpo que vive, siente, el *corps vivant*⁶ con emociones, sensaciones y percepciones, en oposición a la idea de un cuerpo objeto, en cuanto es entendido según a las funciones que sirve.

La misma autora refiere, cuando el objetivo es la toma de conciencia de las sensaciones y emociones del cuerpo, este cuerpo sintiente adquiere un rol clave. Se habla en DMT, del cuerpo que sabe y recuerda.

Rodríguez (2009) destaca una consigna que proporciona identidad a los dmts, la del cuerpo como metáfora.

Gorelik (citado en Rodríguez, 2009) describe la metáfora como un agente específico para el cambio. La metáfora es el medio creativo de expresión y comunicación que conecta cuerpo y psique, siendo de este modo, un medio eficaz para explorar el inconsciente.

Se revisará a continuación en base a la idea de cuerpo sintiente, los aspectos conductuales, emocionales, sensoriales, cognitivos desde la toma de conciencia de la experiencia vivida. Es el proceso creativo de una cognición, de un conocimiento encarnado.

⁶ el *corps vivant* (Leib en alemán), se refiere al cuerpo como un individuo. Corpus (en latín o Körper en alemán) es el cuerpo entendido como un objeto en base a una función, aspectos estructurales del cuerpo, el cuerpo biológico, etc.

2.4 Movimiento, emoción y creación

La esencia de la psicoterapia, de su ser, se encuentra en el proceso y la relación terapéutica. El proceso es el tránsito necesario por el cual, el paciente/usuario trabaja sus propios aspectos personales y es acompañado y contenido por el terapeuta (Rodríguez, 2009).

Se podría decir, que es durante el proceso de la DMT que se favorece la interacción del cuerpo-mente y movimiento-emoción.

El medio de vida y la expresión humana es el movimiento.

Para Laban (1991), cada partícula de movimiento incluye una forma, un esfuerzo, una orientación en el espacio, una relación con el tiempo, un flujo determinado. Todos estos elementos se repiten, componiendo un patrón que expresa un rasgo de la personalidad, un estado particular, una forma de dinámica grupal o tendencia relacional concreta.

Stanton-Jones (1992) remarca que en la DMT se usa el movimiento para interactuar y leer los símbolos y contenidos expresivos del paciente. Advierte que el significado que se le atribuya al movimiento dependerá de las unidades de movimiento en las cuales éste se defina, el contexto en el que ocurra y las presuposiciones de la persona que analiza el movimiento.

La variedad de formas en las que se puede describir el movimiento pueden ser vistas desde una perspectiva anatómica, kinesiológica, comunicacional, cultural, interaccional, patológica o simbólica.

En DMT el movimiento cobra especial relevancia en relación al discurso verbal y en la cualidad y forma de expresión en que ese movimiento, entendido como acción, se desarrolla, ya que permiten a un dmt inferir sobre los patrones transitorios o perdurables que están reflejando el mundo intrapsíquico, interpersonal y cultural de la persona.

La autora referida anteriormente, afirma que la DMT se centra en los aspectos expresivos, creativos, improvisados y del desarrollo del movimiento.

Rose (citada en Levy 1992) considera que el movimiento utilizado en tratamientos funciona como una metáfora que permite expresar el dolor o sufrimiento sin tener que verbalizarlo. El movimiento y la danza expresan en el contexto terapéutico la experiencia representada a través de símbolos, que finalmente son comprendidos como una comunicación metafórica de los estados internos y sus medios, para externalizar significados personales, ampliando la autoconsciencia y comprensión de sí mismo.

Fischman (2005a) considera que la DMT trabaja en su esencia con la emocionalidad y las tonalidades afectivas que surgen en el cuerpo y en su movimiento y se expresan a través de ambos en distintas formas, intensidades, ritmos, colores. Así, las técnicas utilizadas por los dmts, como son por ejemplo, la ampliación del repertorio de movimiento, pretenden favorecer la expresión emocional y hacer emerger nuevas tonalidades afectivas y por tanto, dar la posibilidad de reconfigurar el sentido de sí mismo o *self*.

Esta autora, denomina la DMT como una forma enactiva en terapia y por tanto, el movimiento es intrínseco a la posibilidad de conocer y en conjunto con el afecto y el significado, conforman la experiencia subjetiva. A su vez, señala que la práctica de la DMT propone focalizar la atención en la consciencia de los estados corporales que vienen del movimiento o acción corporal, permitiendo una reconexión de todos los estados internos, sensaciones, emociones y sentimientos que constituyen el *self* nuclear.

Fischman (2008) señala que la expresión es una necesidad básica humana y su expresión corporal, es por tanto, la traducción al exterior de esa necesidad, ya sea de una manera espontánea o intencional. Son las emociones y los sentimientos, los que emergen a través del lenguaje corporal.

2.4.1 *Herramientas metodológicas para el uso del movimiento*

En base a esto, se puede entender el movimiento como un lenguaje vivo, medio de comunicación en la relación terapéutica de la DMT. Por tanto, se hace necesario para un profesional de la DMT, desarrollar en el movimiento un modo, un instrumento de observación, de análisis de lo que ve.

Laban y su Análisis del Movimiento de Laban (LMA) son un eje central para la DMT en la comprensión del lenguaje del movimiento y su posible instrumentalización para el análisis.

El carácter universal de la LMA establece un lenguaje para referirse a las cualidades del movimiento que es compartido por todos los dmts en el mundo (Cruz, 2006).

Las investigaciones de Laban fueron una herramienta clave, ya que conectaban el movimiento sentido con el movimiento observado a un marco conceptual. Pudiendo convertir una experiencia física en un proceso cognitivo. Esta abstracción de la experiencia física convierte al LMA en una forma de conocimiento del movimiento con la cual poder describir, prescribir e inclusive llegar a interpretarlo (Groff, 1995)

El LMA se centra principalmente en cuatro elementos esenciales del movimiento: flujo, espacio, tiempo y peso (factores de moción/*Efforts*). Cada uno de estos factores de movimiento, habla de cómo el movimiento es ejecutado y permite acceder a una interpretación de los estados internos.

2.4.2 Creación

Como señala Wengrower (2008), las pioneras asentaron unas bases de la DMT al incorporar su bagaje artístico procedente del mundo de la danza. Gracias a ello, la creatividad y el proceso creativo se han convertido en los pilares en los cuales, se construye la disciplina.

Winnicott (1979), se refiere a la creatividad como una forma de energía básica que guía el desarrollo humano. Es innato a la persona, como el hecho de estar vivo.

Por su parte, Koch (2006), entiende la creatividad como un medio de afrontar de una manera única la expresión humana y el crecimiento. Añade que el poder curativo del proceso creativo en DMT, está relacionado con el uso de la metáfora o con una expresión simbólica de la personas como tema central.

Wengrower (2008) explica que Arieti (1993), distingue entre la creatividad cotidiana y la creatividad excepcional o eminente. La que ocupa a los dmts, es la primera, puesto que como refiere la autora, se trata del proceso creador de la persona que acude, esté ella relacionada o no a alguna actividad artística. La autora destaca, que tanto el proceso como el producto son observados y considerados durante el proceso terapéutico, pues en él se van creando significados.

García y Macagno (2011), señalan que desde la infancia, la creatividad se manifiesta como un impulso que se desarrolla y es propio del ser humano. Conceptualizan la creatividad como expresión de vitalidad y un índice de salud psíquica. Cuando conectamos con el deseo de crear algo o construir, se despliega toda una gama de sentimientos y emociones que contrastan desde el placer de crear hasta el contenido doloroso que pueden albergar nuestras creaciones. Es por tanto un placer que se distingue del acto creativo; el placer se encuentra en

el sentir el propio ser en acción. Esta experiencia ayuda al individuo a consolidar su equilibrio y su integridad, siendo esto una expresión de salud.

Siguiendo esa línea, Wengrower (2008) sostiene que en la DMT se promueven experiencias en las que el individuo puede experimentar diferentes maneras de ser o de poder ser. El individuo recorre caminos que tienen que ver con el cuerpo presente y, a la vez, con un cuerpo simbólico y metafórico, a través del cual juega y crea nuevas posibilidades. Por ello, a través de la danza y el movimiento el proceso creativo tiene un gran potencial terapéutico.

En esta idea de lo simbólico Meekums (2002), establece que la DMT es un acto creativo en el que el vehículo a través del cual el comportamiento, lo cognitivo, lo relacional, lo espiritual o psicodinámico se pueden efectuar por medio del movimiento metafórico.

La misma autora describe que el proceso creativo es cíclico y se desarrolla en cuatro fases: la preparación, la incubación, la iluminación y la evaluación.

De acuerdo con García et al. (2011), el impulso creativo durante los primeros años de vida, se manifiesta a través del juego y el cuerpo es el primer objeto de ello. Con el tiempo, el juego va transformándose y el adulto creativo rescata elementos lúdicos en los que siempre, de forma ineludible, el cuerpo está involucrado.

Siguiendo la idea de Winnicott (1979), la capacidad de juego tiene un espacio y tiempo propio en el que la fantasía y la realidad convergen en una zona ilusoria que contiene tanto la realidad objetiva como aquellos contenidos derivados del propio mundo interno.

Señala además, que al jugar afloran sensaciones placenteras, de bienestar incluso de liberación. El juego estimula la curiosidad y en él surgen expresiones espontáneas, lo que ofrece la oportunidad de experimentar nuevamente en la adultez, un sentido de integración psico-física que en algunas ocasiones queda olvidada. La psicoterapia se da en la

incorporación de la zona de juego del paciente, junto con la zona de juego del terapeuta y en ella las dos personas juegan. Ello facilita el crecimiento, del mismo modo que promueve la salud.

Según Wengrower (2008), en la DMT gestionamos aspectos kinestésicos, emocionales y simbólicos del movimiento, sucediendo a menudo que nos enfrentamos a juegos o danzas que responden a la revelación de un deseo y a pruebas del individuo para aprender nuevos aspectos de sí mismo.

García et al. (2011) distingue entre la improvisación en la danza que une el momento de la creación coreográfica con la ejecución y la improvisación de la que hablamos día a día cuando se afrontan situaciones sin previa preparación, confiando en la propia capacidad para crear algo adecuado para ese momento.

La creatividad es uno de los principales medios a través del cual el ser humano se libera de sus apegos, no solamente de sus respuestas condicionadas, sino también de decisiones habituales (Arieti, p.4, en García, 2004).

En relación a la improvisación en psicoterapia, Wengrower (2008) postula que “una de las formas de exploración intrapsíquica con adultos en la DMT se realiza por medio de la improvisación”(p.55).

2.4.3 *Procesos mentales en los actos creativos*

La DMT, pretende promover la salud y el desarrollo personal de quienes participan en sus experiencias terapéuticas, promoviendo cambios a nivel de procesos

afectivos, conductuales, emocionales y mentales. Uno de los elementos centrales para el cambio tiene que ver con amplificar y desarrollar la consciencia integradora.

En relación al Arteterapia, Malchiodi (2005) propone que es una modalidad terapéutica cuyo objetivo se centra en reconciliar los conflictos emocionales y promover la autoconciencia y el desarrollo de comportamientos dirigidos a la solución de problemas, la reducción de la ansiedad y el aumento de la autoestima.

Para Fischman (2005c), la práctica de la DMT favorece una reconexión en los estados corporales internos, sensaciones, emociones y sentimientos que constituyen el *self* nuclear y propone activamente focalizar la atención en la conciencia de los estados corporales que vienen de las variaciones de movimiento o acción.

García et.al (2011) refiere a Stern, indicando que la conciencia es entendida como la capacidad de ser conscientes de uno mismo y cumple la función de filtrar y seleccionar los objetos de nuestra atención, constituyéndose en un hábito personalizado. Se vincula con el sentido del yo, como una realidad subjetiva importante en la que radica el sentido existencial, que se enraíza en la experiencia del cuerpo.

La DMT intenta explorar y transformar el estado de consciencia habitual y otros posibles estados o niveles de consciencia, a través de dirigir la atención sobre las experiencias, sensaciones y percepciones corporales, usando el movimiento y la interacción con el espacio, el tiempo, el flujo y el peso, en el contexto de una relación terapéutica.

Según García et al. (2011) aumentar la escucha del flujo tónico del cuerpo, que está siendo modulado por nuestra energía interna y la resonancia del encuentro perceptivo con el mundo, amplifica la consciencia.

Las personas poseen una consciencia que por algunos ha sido llamada “consciencia

ordinaria consensuada” (Tart 1987, citado en García et al., 2011) y se entiende como una estructura construida por un conjunto de creencias adquiridas; una mezcla de pensamientos, fantasías, ideas, sentimientos internos, estímulos corporales que han sido moldeados por consensos socioculturales específicos al contexto en el que se vive.

Una persona podrá transformar su consciencia cuando se “da cuenta” del sistema de creencias que posee reconociendo que no son ni objetivas ni inamovibles, sino que pueden cambiar. Por lo tanto, un elemento central de la DMT es procurar hacer consciente lo inconsciente, a partir de los cambios de creencia.

El inconsciente puede entenderse desde muchas perspectivas. Según Rycroft (citado en García et al., 2011) corresponde a los procesos mentales y físicos de los que no somos conscientes, así como, de los procesos sensoriales, perceptivos, funcionales, emocionales y afectivos.

La DMT en palabras de García et al. (2011), puede ser considerada como la búsqueda del desarrollo de una consciencia encarnada y receptiva, que se adquiere a través de la experiencia directa, al escuchar el propio ritmo y su relación con el propio movimiento.

También rescata la idea de la consciencia no como algo localizable en algún lugar concreto del cuerpo, sino como un proceso o una función que se relaciona y se construye principalmente a través de la memoria personal y la interacción entre el ser y el mundo.

La DMT promueve la consciencia kinestésica, a través del cuerpo en movimiento.

Dosamantes-Alperson (1977), refiere desde una perspectiva experiencial de la psicoterapia, que para tomar consciencia, de su propio *self* y comunicar sobre sí mismo, las personas utilizan su experiencia interna, continuada y corporal.

Según Gendlin (citado por Dosamantes-Alperson, 1977) las personas se ubican en un rango que puede ir desde no tener contacto con sus sentimientos corporales y tener bloqueada

la comunicación interna, hasta aquellas que pueden distinguir el significado de lo que sienten para ponerlo en palabras y utilizarlo para conseguir un *insight* (toma de consciencia).

En la DMT el ponerse en contacto con el propio cuerpo en movimiento, se vincula a expandir la capacidad de consciencia.

2.4.4 *La empatía kinestésica*

En palabras de Fischman (2008), la empatía es la capacidad de una persona de comprender a otra, el intento de vivenciar la experiencia ajena. Es una forma de apareamiento en el que se fluctúa entre la fusión y la separación, para llegar al encuentro.

En el marco de la DMT, Goldman-Davis (1993 citado en Fischman, 2005b) sugiere que la empatía kinestésica es el proceso en el que el cuerpo interviene para posibilitar la comprensión empática; considera que la empatía es fundamental para establecer una relación terapéutica positiva.

El dmt adopta un compromiso empático con la experiencia intersubjetiva enraizada en el cuerpo del paciente, desarrollándose lo que se denomina empatía kinestésica.

En esta línea Fischman (2008), recalca que la capacidad empática es selectiva, no todos empatizan con todos, y el nivel de apareamiento intersubjetivo que pueda lograrse depende de los puntos de interés y afinidad comunes de quienes interactúan. Los sentidos operan como los proveedores de información básica con la que opera la empatía.

La relación terapéutica en movimiento conlleva percibir, reflejar y reaccionar

kinestésicamente ante las expresiones emocionales del cliente/paciente a través de los propios movimientos corporales y el tono de voz, lo que a su entender refleja una implicación profunda de aceptación y comunicación hacia el cliente/paciente (Levy, 1992).

La relación terapéutica en movimiento se fundamenta en una herramienta poderosa denominada reflejo empático o mirroring (Meekums, 2007 citado en Vulcan 2009, p.279) y corresponde a la forma en que el terapeuta devuelve o refleja al cliente/paciente, a través de su propia actividad muscular y narración verbal, lo que percibe en su acción y su cuerpo, más allá de la imitación, rescata los significados y aspectos comunicativos pre-simbólicos.

Fischman (2008) citando a Schmais, señala que existen dos clases de habilidades comunicativas en el terapeuta: las que implementan para moverse empáticamente y las que comprometen movimiento empático. Se habla de *tuning* para rescatar la capacidad de sintonizar con el otro por medio de canales kinestésicos, extrayendo la cualidad y esencia afectiva de la conducta no verbal y la consecuente incorporación de esa esencia en la propia manera de moverse.

Así sostiene que la sincronía y el mirroring son agentes facilitadores primarios en la comunicación empática.

Rodríguez (2009) señala, que al expresar su yo más profundo durante la experiencia de la danza, la persona comprueba que hay un otro que sostiene su danza, que lo atestigua, que atesora lo expresado. De esta manera se introduce el tercer principio de la DMT, el trabajo que surge en la relación terapéutica.

2.5 La relación terapéutica

La DMT se da dentro de una relación terapéutica. Dicha relación entre cliente/paciente y terapeuta es una variable esencial en el resultado de la terapia (Mateos, 2011).

Fishman (2008) sugiere que para promover el desarrollo hay que integrar sensación, percepción, tonalidad afectiva y cognición en el ámbito de lo intrapersonal, lo interpersonal y lo transpersonal. Realza como valor aportador del dmt, el “experimentar” además de “hablar acerca de”.

Dosamantes-Beaudrey (2007), aludiendo a los planteamientos de Stern, define la intersubjetividad como la capacidad de compartir, conocer, comprender, empatizar, sentir, participar en, resonar con y entrar en la experiencia subjetiva vivida del otro.

La DMT presta especial atención al aspecto no verbal de la relación terapéutica. Se sabe que no todo cambio postural es consciente. En ocasiones se adoptan cambios de posturas, porque una posición es espejada. En este sentido, es difícil idear este nivel de empatía, sin embargo, también hay un aspecto consciente del reflejo empático en el proceso de DMT (Meekums, 2002).

Un eje central de la relación terapéutica es la “presencia terapéutica” postulada por Arthur Robbins (1998), para referirse a la habilidad del terapeuta de sintetizar y articular los múltiples niveles que se dan en la díada paciente-terapeuta.

Señala que la presencia terapéutica se relaciona con la integración de los procesos de comunicación primarios y secundarios a través del flujo entre una orientación holística, intuitiva, espacial y receptiva por parte del terapeuta y su capacidad de poder cambiar a un

modo más sintetizado donde las palabras proporcionan estructura y definición al flujo no verbal.

Por su parte, García (2007) define que estar presente en una experiencia implica una calidad de atención que puede transformar la consciencia. La presencia terapéutica, en términos generales, corresponde a un modo de estar en sesión que se caracteriza por una actitud corporal y mental que fluye de manera rítmica entre la receptividad y la apertura y la estructuración y elaboración cognitiva.

Estar presente terapéuticamente para el cliente/paciente implica el ejercicio lúcido de un observador interno que organice la experiencia interpretativa y emotiva del terapeuta para potenciar su empatía, generando reflexiones, elaboración de hipótesis, sentidos y significados de su interacción con el cliente/paciente. El cuerpo y la consciencia sobre él, sobre sus modificaciones en la experiencia a partir de la interacción con el paciente son un recurso central para elaborar la presencia terapéutica.

2.5.1 Contratransferencia

Dosamantes-Beaudry (2007) dice que en 1997 utilizó el término "contratransferencia somática" para referirse a las reacciones somáticas que un terapeuta tiene hacia su cliente/paciente en un momento determinado durante el tratamiento y el término "transferencia somática" para señalar las reacciones somáticas que el cliente/paciente tiene hacia su terapeuta.

Posteriormente utiliza el término "transferencia somática" para indicar la totalidad de la experiencia corporal sentida del paciente y la conducta sancionada, que funcionan como

objetos transicionales para el cliente/paciente y para proporcionar significado psicodinámico relacional crítico que al principio del tratamiento no es conocido por el cliente/paciente.

Los dmts han sido entrenados para que conscientemente recojan los movimientos corporales, posturas, el flujo de la respiración, tensión corporal del cliente/paciente.

Vulcan (2009) nos presenta que dentro de la DMT es indiscutible el hecho de que el cuerpo del terapeuta actúa como un receptor que sintoniza con el inconsciente de los dos participantes en el proceso, convirtiéndose en un medio de comunicación oral y silenciosa.

El reconocimiento de la contratransferencia somática por parte del terapeuta, o la capacidad para diferenciarlo de las sensaciones corporales que no son provocadas por el encuentro, no es ni automático ni trivial. Depende del nivel de conciencia somática del terapeuta y la traducción de las experiencias corporales a intuiciones relevantes.

Cita a Siegel (1984) refiriendo que para todo dmt es indispensable estar completamente consciente o al pendiente de la contratransferencia somática. Esta conciencia somática es, una clave esencial para el seguimiento de la contratransferencia somática.

Fischman (2008), afirma que la DMT pone el foco en la vivencia del movimiento sentido y los sentidos del movimiento. Movimiento sentido, como la manera de ligar el cuerpo con la emoción, y sentidos del movimiento, como forma de significar o resignificar el cuerpo en movimiento.

El terapeuta es quien, al sostener el proceso terapéutico del paciente, puede ayudarlo a integrarse nuevamente, a volver a cargar de sentido su cuerpo, a ampliar sus patrones de movimiento para, en consecuencia, ampliar su espectro emocional. Lo que sana, por sobre todo, es la relación terapéutica.

3. RELACIONES ENTRE SQT, TERAPIAS CREATIVAS Y LA DMT

El análisis de bases de datos en la relación de búsqueda SQT y DMT, da como resultado inicial el estudio de caso descriptivo de Koch (2008) sobre los efectos de una intervención de DMT grupal en un monasterio católico de Alemania.

Las conclusiones de la autora sobre la intervención refieren a una positiva retroalimentación. La DMT, contribuyó a una mejora en la salud, sentimientos de alegría y autenticidad y a una mejora en la integración cuerpo-mente.

En este estudio se señala que en casos de crisis de este colectivo, las TTCC pueden ser efectivas (Kae-Je 1998, Serlin 1990 citado en Koch, 2008). Serlin (1990) apunta que los sentimientos de culpa y placer, inherentes a la cultura religiosa, son a menudo silenciados y señala que puedan ser expresados mejor a través del lenguaje simbólico del arte.

Debido al escaso material recopilado en relación al SQT y DMT, se considera oportuno ampliar la búsqueda de bibliografía sobre el estrés, debido a su conexión con el origen del SQT.

Desde esta búsqueda, se encuentra un estudio de control aleatorio en Alemania, donde Bräuninger (2012) evidencia que la DMT es efectiva, a corto y largo período, en la mejora de la calidad de vida en personas que sufren estrés.

En relación a la mejora de calidad de vida, Bräuninger (2012) confirma la eficacia de las intervenciones con el movimiento y la DMT en pacientes con cáncer (Sandel et al., 2005), la enfermedad de Parkinson (Hackney & Earhart, 2009) y la insuficiencia cardíaca crónica (Belardinelli, Lacalaprice, Ventrella, Volpe, & Faccenda, 2008).

Lacour (2006, citado en Bräuninger 2012) demostró que la DMT era un recurso eficaz para los pacientes oncológicos durante y después del tratamiento, en la adherencia al tratamiento y, en la fase de remisión, recuperación social.

En otro estudio, Mannheim y Weis, (2006, citado en Bräuninger 2012) encuentran resultados significativos de mejora en relación a la calidad de vida, auto-imagen, reducción de la ansiedad y la depresión en tratamiento grupales de DMT en base a una comparativa de encuestas entre la fase post y previa de la intervención.

En relación a técnicas de intervención específicas de DMT, Bräuninger (2014) demuestra a través de un estudio correlacional, la mejora de la calidad de vida, mejora en la gestión del estrés y su reducción.

En el caso concreto de este estudio, se llevó a cabo una comparativa de datos entre dos grupos de control (un grupo para intervenciones individuales y otro grupo para grupales) de 97 usuarios en total y un grupo de 11 dmts, durante el período de 10 sesiones. Se recogieron datos de 970 cuestionarios (grupo 1: intervenciones específicas individuales) y 120 cuestionarios (grupo 2: intervenciones específicas grupales).

Los resultados obtenidos demostraron la relación entre una mejora de la calidad de vida, manejo de estrés, reducción de estrés y la orientación psicodinámica de la DMT, la metodología de Chace, la combinación de estilos de intervención dirigidos/no dirigidos y los rituales de cierre. También se demostraron mejoras en los usuarios en relación a la danza, la sincronía espacial y la sincronía de esfuerzo. Aquellos que recibieron tratamientos personalizados exhibieron una mejora de la vida cotidiana y una disminución de los síntomas de somatización.

Por otra parte, Payne (2016) plantea los cambios de percepción corporal en personas con sintomatología crónica no definida (acompañada de moderada ansiedad/depresión) con el uso de un programa de integración cuerpo-mente (TBMA) derivado de la DMT.

En base a los resultados del estudio piloto, la autora afirma que la TBMA es efectiva para los pacientes, a la vez que rentable para la sistema sanitario británico, la atención primaria y secundaria.

La autora sugiere que aún teniendo en cuenta el contexto distinto de cada sistema sanitario, el modelo de intervención TBMA puede ser extrapolado a otros países.

Se ha revisado estudios publicados que demuestran la efectividad de intervenciones desde el ámbito de la DMT en personas que sufren estrés y en casos de estrés crónico que derivan en SQT. Todos ellos concluyen en una mejora de la calidad de vida.

Antes de concluir, se considera relevante añadir datos de otros estudios, en este caso, encontrados en la base de datos del Máster de DMT de la Universidad Autónoma de Barcelona, puesto que, el presente estudio se cuestiona y reflexiona, sobre los aportes que la DMT puede facilitar al estudio y tratamiento del SQT.

Karin (2010) realiza un estudio piloto en Barcelona, para evaluar los efectos de una intervención terapéutica de DMT en profesionales de la salud afectados o en riesgo de padecer estrés crónico o SQT en un período de 20 semanas. Los datos fueron obtenidos utilizando el método de diagnóstico del MBI.

La autora, señala recoger datos similares a los resultados de Payne del 2009 y Bräuninger del 2006 con una disminución general de los síntomas relacionados con el estrés.

Por otro lado, Waceols (2012) recoge datos de gran interés sobre las intervenciones de las TTCC en el trabajo con equipos de profesionales.

Dentro de los estudios sobre el SQT y las TTCC se encuentra un primer grupo que en sus procedimientos metodológicos han utilizado la escala evaluativa del MBI y, un segundo grupo, donde los estudios han utilizado otros métodos descriptivos. Aunque bien todos son de interés, la presente investigación se centra únicamente en los primeros.

En Arteterapia se encuentra un estudio en Italia, donde se evaluó los niveles de SQT al personal de una unidad de oncología pediátrica, con el objetivo de plantear mejoras de la dinámica relacional en el equipo. Los resultados de una intervención de 13 sesiones que combinaba técnicas de psicodrama, terapia de juego, métodos de relajación y discusión de material audiovisual, dieron resultados de mejora significativa en las mediciones pre y post de los niveles del SQT en sus tres dimensiones (Favara-Scacco, Di Cataldo y Russo, 2008, citado en Waceols, 2012).

Otro estudio investigó en profesionales de la educación primaria en EEUU, la efectividad de una intervención de Musicoterapia en el marco del tratamiento del SQT, realizado durante 6 semanas, con encuentros semanales de 1 hora y cuarto.

En este caso, la experiencia constó de grupos con musicoterapia y terapia cognitivo conductual y otro sólo con tratamiento cognitivo conductual. La modalidad combinada, incluía técnicas cognitivo conductuales de inoculación del estrés junto con técnicas de musicoterapia. Mientras que, el grupo sin musicoterapia, trabajó sobre técnicas que incluían la relajación, respiración, juego de roles y la reestructuración cognitiva.

Los resultados reflejaron una mejoría significativa del SQT en el grupo con musicoterapia, particularmente en la dimensión de la despersonalización, sugiriendo que la musicoterapia proveía de estrategias de afrontamiento del estrés más efectivas, posibilitaba la expresión de los sentimientos negativos y establecía relaciones con otros profesionales a través de la vinculación social.

La autora señala la tendencia en los estudios o investigaciones hacia la indagación teórica y la prevalencia del SQT, resumiendo que tan sólo una parte minoritaria, ha sido dedicada al campo aplicado, del diseño, implementación y evaluación de intervenciones preventivas o de tratamiento (Savio, 2008; Phelps et al., 2009; Williams, et al., 2010), tanto en las disciplinas psicosociales (Burnard, 2003) como en las creativas (Serrano, 2006).

IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente apartado tiene como objetivo crear un material de discusión basado en la recopilación de información expuesta y ofrecida a lo largo del estudio.

Como se formuló anteriormente, este proyecto pretende responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los aportes teóricos y metodológicos de la DMT en relación al SQT?

Actualmente, la bibliografía refleja que se ha favorecido un entendimiento del SQT y de sus estrategias de intervención centradas en la descripción y tratamiento de síntomas que emergen en la persona en relación a su contexto laboral, predominando la concepción de un cuerpo contenedor, pasivo, fragmentado y disociado.

Lo primero a señalar, es que el aporte principal de la DMT en relación al SQT, es la visibilización del *corps vivant* invisibilizado y el rescate de la conexión mente-cuerpo como eje central en el abordaje del mismo. La concepción del *corps vivant*, esto es, un cuerpo con emociones, sensaciones, percepciones y memoria, pueden profundizar y permitir una más enriquecida comprensión de la experiencia del cuerpo, más allá de las manifestaciones físicas o somáticas.

La introducción de los principios de la DMT favorece una novedosa perspectiva que proyecta nuevos e interesantes campos de estudio en relación al síndrome y, por tanto, nuevas líneas de investigación e intervención.

La DMT profundiza sus principios de mente encarnada o Yo corporal a partir de nuevos conocimientos y avances procedentes desde disciplinas científicas como son las Neurociencias, la Filosofía y la Neurolingüística, que confluyen en la evidencia de que el cuerpo y la mente están integrados.

Así mismo, cabe destacar que el aporte central a nivel teórico y metodológico de la DMT en relación al SQT es redefinir el rol del cuerpo, otorgándole un papel protagonista tanto en el origen como en el proceso de desarrollo y tratamiento del SQT. Así, la DMT rescata la experiencia encarnada de la persona, es decir, su vivencia en y a través del cuerpo/mente integrado, por sobre el cuerpo entendido como un mero contenedor de síntomas, fragmentado y disociado de sus estados internos perceptivos y afectivos.

Un segundo elemento a considerar como interesante para reflexionar, se relaciona con la tendencia emergente de abordar el SQT desde la perspectiva de la Psicología Positiva. Tradicionalmente, la psicología se ha centrado en un enfoque patologizante, en el que el foco está puesto en las carencias y, los aspectos negativos. Sin ir más lejos, esta es la manera predominante con que se comprende el SQT, a partir de síntomas que conforman un síndrome en la persona.

La emergencia de la Psicología Positiva, rescata la comprensión y la intervención de los fenómenos desde los recursos, fortalezas, virtudes y aspectos saludables de las personas, ganando, cada vez más terreno. Así, ha empezado a incluirse esta perspectiva en el abordaje del SQT, promoviendo la exploración de la capacidad resiliente de la persona como método eficaz de afrontamiento, capaz de poner freno al síndrome.

En este sentido, no se puede ignorar, que la DMT se basa en estimular el proceso creativo en las personas, a partir de ampliar y explorar su repertorio de movimientos, su expresividad y lenguaje corporal, lo que sin duda, consolida la capacidad de resolución y

afrontamiento de conflictos, propios de la sensación que se instala con la presencia del síndrome.

Este escenario, promueve un encuentro entre SQT y DMT fértil y alentador, ya que la propuesta de la DMT es devolverle a la persona su capacidad de conexión e integración de su mente/cuerpo, rescatando sus recursos, su autonomía y el bienestar psicológico que ésta conlleva. Asimismo, los conocimientos teóricos sobre la conexión entre movimiento y emoción que promulga y ofrece la DMT, están adecuadamente en línea con las tendencias en investigación del SQT.

En este mismo sentido, un tercer elemento a resaltar, se relaciona con los aportes metodológicos que la DMT puede hacer en relación al SQT, principalmente respecto a la toma de control sobre el propio cuerpo.

El SQT se inicia como un conflicto interno debido al desequilibrio entre la percepción de la persona y su capacidad de afrontamiento. La fuente de origen del SQT es la mala gestión del estrés. La persona, bajo los efectos de un estrés crónico, se ve desbordada por las situaciones del entorno laboral, que es percibido como amenazante y anulan su capacidad positiva de reacción. Siente una falta de control respecto a la situación que está viviendo que deriva en la falta de control de su propia persona, siendo ésta una de las variables más destacadas del SQT.

Una toma de control, basada en la consciencia corporal que promueve la DMT, como estrategia de afrontamiento y recurso personal es un aporte contundente. Se podría decir, que la DMT alienta a la reconquista del cuerpo, devolviendo la percepción de control a la persona.

La dimensión del agotamiento emocional que caracteriza al síndrome, lleva a un estado de desconexión del cuerpo, en forma de un agotamiento físico y psíquico, capaz de anular las sensaciones corporales. Se vive en la cabeza, en lo mental, en las preocupaciones,

se generan actitudes en relación a dicha tensión mental, los afectos hacia las cosas o personas se determinan a través de la sensación de presión, tensión.

Es necesaria la autorregulación para el tratamiento del SQT. Ayudar a descomprimir la tensión, a favorecer el *flujo natural del movimiento de tensión/distensión, de presionar/soltar*.

La DMT cuenta con herramientas metodológicas de observación y análisis del movimiento, como es el LMA y el Kestenberg Movement Profile (KMP), que permiten incidir corporalmente sobre esta presión, sobre la *conciencia* de donde está puesto el foco, sobre las sensaciones percibidas de *velocidad, la fragmentación, tiempo, espacio*.

La DMT pone atención en las *transiciones*, en los pasos de un estado a otro, en los cambios. Trabaja con la *flexibilidad del cuerpo para favorecer la flexibilidad de los estados mentales*, pues considera que los *cambios en el cuerpo, en el movimiento, generan cambios en el funcionamiento general de la persona*.

La DMT desde el trabajo de *confianza en el propio cuerpo*, promueve la confianza en la persona. Cuanto más insegura una persona se siente, mayor dificultad encuentra para adaptarse.

Saber un problema no es lo mismo que sentirlo. Sentirlo significa recuperar la capacidad de poder contener en uno mismo, de *recobrar el espacio donde emergen nuestros afectos, emociones, pensamientos y sentimientos*. El *cuerpo que es habitado* permite desde el conocimiento de sus propios límites, de sus contornos, reconocer aquello que vive dentro.

Tomar el cuerpo permite conectar con todo lo que contiene, recuperar el control interno.

El desplazamiento de sentimientos, la negación de las emociones, niega, desplaza, al propio cuerpo que los acoge, los experimenta. El cuerpo por tanto se vuelve vacío, a modo de

receptor objeto, reducido al servicio de una función. El cuerpo se convierte en disfuncional, visto como mero receptor, pierde su capacidad de reacción y de comunicación.

Es retomar por tanto, la capacidad de reacción a los estímulos, tanto internos como externos. *El cuerpo que siente, sensorial que plantea la DMT es vivo, reactivo y proactivo, capaz de adaptarse, de resonar con lo que siente.* En la vibración se oscila, a través de movimientos que recuperan fluidamente el instinto de readaptación. La consciencia de lo que vive, permite entonces la propia *autorregulación*.

La DMT desde su foco en el cuerpo y en los estados internos, *re-equilibra el flujo natural, promueve la distensión, armoniza la energía bloqueada*, que en el caso concreto del SQT se encuentra focalizada en la cabeza, para recobrar el sentido de unidad, y por tanto, recobrar el sentido de sí mismo.

La *autoconciencia* favorece la conexión de los estados internos, las sensaciones, los sentimientos y las emociones. En la *exploración corporal* se trabaja el sentir de las sensaciones.

El SQT anula las sensaciones, fundamentalmente en su dimensión del agotamiento emocional. Recobrar pues este sentir de las sensaciones corporales, favorece recobrar en la persona aspectos perdidos debido a la inhabilitación física y psíquica que produce la tensión del SQT.

Otro aporte metodológico, es el movimiento en su *función simbólica y el uso de la metáfora como lenguaje*.

La DMT considera que el movimiento tiene una función simbólica. Y es a través de esta función simbólica y el uso de la metáfora como lenguaje, que puede permitir a la persona afectada por el SQT encontrar nuevas vías de exploración sobre sus sensaciones.

El *lenguaje metafórico* se basa en lo simbólico y permite dar expresión a aquello que es difícil con palabras. *Explorar la metáfora*, a través de la función simbólica del movimiento, permite confrontar de una manera segura los conflictos internos que acontecen en la persona, dar una forma simbólica y posibilitar una nueva vía de expresión verbal. La cognición que se adquiere a través de este proceso, es a través de la experiencia vivida, y por tanto, sentida. La persona a través de este proceso, toma una nueva consciencia.

Por otra parte, un cuarto elemento de reflexión hace relación con el hecho del posicionamiento de la DMT como disciplina, frente a estos fenómenos sociales que cada vez emergen con mayor frecuencia en las sociedades occidentales, producto de factores socioculturales y económicos.

El estilo de vida actual es acelerado, en permanente movimiento y cambio, exigente con los tiempos y la productividad, líquido, desechable y disociado.

En este contexto, la DMT puede ubicarse en un lugar estratégico en el ámbito de la atención en salud. Además del tratamiento de SQT, la DMT puede asumir un rol muy competente a nivel preventivo. Sus fundamentos teóricos y metodológicos promueven en las personas la generación de recursos corporales, como son la mayor consciencia corporal, la capacidad de improvisar y crear soluciones nuevas, la autonomía corporal, el foco en la integración mente/cuerpo, todos elementos que al ser potenciados, sin duda disminuyen el riesgo y por tanto, los costos personales, organizacionales y sociales que se vinculan a la emergencia del SQT.

En este sentido, es interesante invitar a la DMT, representada en sus asociaciones y centros de formación, a explorar creativamente cómo extender sus prácticas a ámbitos distintos a la clínica, como es el ámbito organizacional, empresarial o educativo, tal vez desde una perspectiva más bien centrada en la psicoeducación corporal. Sería necesario profundizar

en cómo la DMT puede establecer un puente sostenible entre la disciplina y estos contextos alejados de la clínica.

En conclusión, los aportes teóricos y metodológicos de la DMT en relación al SQT son numerosos y hay evidencia teórica que los respalda.

Integrar la mirada del cuerpo vivo en la comprensión de cualquier fenómeno que afecte a las personas, en particular del SQT, no es una posibilidad, es una necesidad.

Comprender a la persona, grupos y organizaciones como un cuerpo cambiante, perceptivo, sintiente, habitado, necesariamente amplía el entendimiento y por consiguiente, las formas de abordaje y tratamiento para restablecer la salud y calidad de vida de las personas y las sociedades.

El cuerpo, en el trabajo, y en la vida, debe ser recuperado.

El cuerpo quemado ha de ser transformado.

V. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En primer lugar, cabe destacar que la mayoría de la evidencia e investigación en relación al SQT están posicionadas desde los paradigmas de la medicina tradicional, la psicología social y clínica, la sociología, lo jurídico y lo económico, lo que ha dificultado el acceso a material bibliográfico que aborde otras comprensiones y modalidades de intervención más artísticas creativas. En este sentido, el presente estudio se ve condicionado a un carácter exploratorio descriptivo y por tanto, en esta etapa, el conocimiento generado por la presente investigación no es generalizable.

Otra limitación ha sido la dificultad de acceder a información, investigación y evidencia que conecte la DMT con el SQT.

Por otra parte, el hecho que esta investigación se focalice en una población trabajadora remunerada, la limita a circunscribir el conocimiento que genere a este contexto, excluyendo otros posibles, como es el caso de la población trabajadora no remunerada.

Una última limitación se relaciona con el hecho de que la presente investigación ha sido desarrollada desde una mirada unidisciplinar. Es de conocimiento general que la tendencia actual en investigación es multidisciplinar, por tanto el aporte que puede realizar este estudio es acotado a sus objetivos de investigación. Si se incorporasen la perspectiva de profesionales de distintas áreas como la salud pública, la economía y las organizaciones, esta investigación sería más aportativa, ya que podría generar un conocimiento de mayor alcance.

VI. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

A partir de la aportación del presente estudio, una futura línea de investigación podría ser la realización de estudios de investigación experimentales para medir, a través de un programa de intervención, los aportes de la DMT en una muestra representativa de la población afectada/en riesgo por SQT.

Una alternativa en estos estudios sería utilizar herramientas y técnicas exclusivas de la DMT como son: el *grounding*, el uso del KMP y del LMA, para obtener y generar resultados cuantitativos y sistemáticos.

Igualmente podría ser una interesante explorar la misma pregunta de investigación a otras poblaciones, como son los trabajadores y las trabajadoras no remunerados.

Otra posible futura línea de investigación implicaría integrar y/o colaborar con profesionales del ámbito económico, organizacional empresarial, y profesionales de la salud pública.

VII. LISTA DE REFERENCIAS

American Dance Therapy Association (ADTA). (2015). Disponible en: <http://www.adta.org>

Asociación española de profesionales de la Danza Movimiento Terapia (ADMTE). (2015). Disponible en: <http://www.danzamovimientoterapia.com/>

Bakker, A. B., & Costa, P. L. (2014). Chronic job burnout and daily functioning: A theoretical analysis. *burnout Research*, 1(3), 112–119.

Bandura, A. (2001). Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. *Revista Evaluar*, 2(15), 7-37.

Bräuninger, I. (2012). Dance movement therapy group intervention in stress treatment: A randomized controlled trial (RCT). *The Arts in Psychotherapy*, 39(5), 443-450.

Bräuninger, I. (2012). The efficacy of dance movement therapy group on improvement of quality of life: A randomized controlled trial. *The Arts in Psychotherapy*, 39(4), 296-303.

Bräuninger, I. (2014). Specific dance movement therapy interventions—Which are successful? An intervention and correlation study. *The Arts in Psychotherapy*, 41(5), 445-457.

Bresó, E., Salanova, M., Schaufeli, W., & Nogareda, C. (2006). NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo" burnout"(III): instrumento de medición. *Recuperado el*, 1.

Chaiklin, S. (2008). Hemos danzado desde que pusimos nuestros pies sobre la tierra. In S. Chaiklin & H. Wengrower (Eds.), *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. (pp. 27–37). Barcelona: Gedisa.

- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. Praeger Publishers.
- Chodorow, J. (2008). DMT: Movimiento y Emoción. In H. Wengrower & S. Chaiklin (Eds.), *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. (pp. 59–79). Barcelona: Gedisa.
- Cruz, R. F. (2006). Assessment in Dance/Movement Therapy. In S. Brook (Ed.), *Creative Arts Therapies Manual: A Guide to the History, Theoretical Approaches, Assessment, and Work with Special Populations of Art, Play, Dance, Music, Drama, and Poetry Therapies* (pp. 133–142). Illinois: Charles C Thomas Publisher.
- Damasio, A. (2000). *Sentir lo que sucede. Cuerpo y emoción en la fábrica de la consciencia*. Santiago de Chile: Editorial Andres Bello.
- De la Gángara, J.J (1998). Estrés y trabajo. El síndrome del burnout. Madrid, España: Cauce Editorial.
- Dosamantes-Alperson, E. (1977). Experiential Movement Psychotherapy. *American Journal of Dance Therapy*, 1(2), 8–12. doi:10.1007/BF02579608
- Dosamantes-Beaudry, I. (2007). Somatic Transference and Countertransference in Psychoanalytic Intersubjective Dance/Movement Therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 29(2), 73–89. doi:10.1007/s10465-007-9035-6
- Dulicai, D. (2003). Prólogo. Vuestro comienzo, una realidad. *La vida es danza: el arte y la ciencia en la Danza Movimiento Terapia*, 15-21.
- Dulicai, D. (2014). Capítulo uno: Logros y desafíos: Universitat Autònoma de Barcelona. En H. Panhofer & A. Rates (Eds.), *Encontrar-Compartir-Aprender. Máster en Danza Movimiento Terapia. Jornadas del 10º aniversario*.

- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions* (Vol. 1). New York: Human Sciences Press.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*. 30 (1), 159-165.
- Fischman, D. (2005a). Danza Movimiento Terapia. “Encarnar, enraizar y empatizar. Construyendo los mundos en que vivimos.” *Congreso de Artes Del Movimiento*. Recuperado en <http://www.brecha.com.ar/danzamovimientoterapia.pdf>
- Fischman, D. (2005b). La mejora de la capacidad empática en profesionales de la salud y la educación a través de talleres de Danza Movimiento Terapia. *Unpublished doctoral dissertation*. Palermo: Universidad de Palermo.
- Fischman, D. (2005c). Por qué el movimiento y la danza en psicoterapia? En búsqueda de la especificidad que aporta la exploración del movimiento y la danza a la psicoterapia. *Primeras Jornadas Luso-Ibéricas de Danza Movimiento Terapia*.
- Fischman, D. (2008). Relación terapéutica y empatía kinestésica. *La vida es danza: el arte y la ciencia en la Danza Movimiento Terapia*, 81-96.
- Fischman, D., & Dmt, B.-. (2009). Supuestos básicos de la Danza Movimiento Terapia, 1–35.
- García, C. (1998) Estrés y trabajo. *Estrés y trabajo. El síndrome del burnout*, 15-88. Madrid, España: Cauce Editorial.
- García-Izquierdo, A. L., Ramos-Villagrasa, P. J., & García-Izquierdo, M. (2009). Los Big Five y el Efecto Moderador de la Resistencia en el Agotamiento Emocional. *Revista de Psicología Del Trabajo Y de Las Organizaciones*, 25(M), 135–148.
<http://doi.org/10.4321/S1576-59622009000200004>
- García, M. E. (2007). Il ritmo dei processi mentali e la presenza psicocorporea del terapeuta. In CentroMusicoterapiaBenenzon (Ed.), *Musica tra neuroscienze arte e terapia*. Torino: Musica Practica.

- García, M. E., Plevin, M., & Macagno, P. (2011). *Creative Movement and Dance. The García-Plevin Method*. Rome: GREMESE.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.).
- Gil-monte, P. R., & Peiró, M. J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-monte, P. R., & Peiró, M. J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15(2), 261–268.
- Groff, E. (1995). Laban Movement Analysis: Charting the ineffable domain of human movement. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 66(2), 27.
doi:10.1080/07303084.1995.10607038
- Hernández, L. A. M. (2011). *Terapias artístico creativas*. Amarú.
- Houtman, I. L. y Kompier, L. A. (2001). Trabajo y salud mental. Salud mental. *Enciclopedia de Salud Y Seguridad En El Trabajo*, 24.
- Houtman, I., Jettinghoff, K. y Cedillo, L. (2008). *Sensibilización sobre el Estrés Laboral en los Países en Desarrollo. Un riesgo moderno en un ambiente de trabajo tradicional. Consejos para empleadores y representantes de los trabajadores*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43770/1/9789243591650_spa.pdf
- Hurrell, J. J., Murphy, L. R., Sauter, S. L., & Houtman, I. L. D. (2004). Salud mental. *Enciclopedia de Salud Y Seguridad En El Trabajo*, 24.
- Verreet, C. (2010). *Chronic Stress and / or Burnout & Dance / Movement Therapy A pilot study with professional carers in geriatric residencies*. (Tesis inédita de maestría). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

- Koch, S. C. (2006a). Embodiment and creative arts therapy from phenomenology to cognitive science. In S. Scoble (Ed.), *European Arts Therapy. Grounding the vision to advance theory and practice*. (pp. 186–194). Plymouth: University Plymouth Press.
- Koch, S. C. (2008). Dance/movement therapy with clergy in crisis: A (group) case study. *American Journal of Dance Therapy*, 30(2), 71-83.
- Koch, S. C., & Fischman, D. (2011). Embodied Enactive Dance/Movement Therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 33(April), 57–72.
<http://doi.org/10.1007/s10465-011-9108-4>
- Laban, R. (1991). *Danza Educativa Moderna*. México: Paidós.
- Lazarus, R. S., Miyar, M. V., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Ediciones Martínez Roca.
- Levy, F. J. (1988). *Dance/Movement Therapy. A Healing Art*. Reston: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.
- McGrath, JE. 1976. *Stress and behavior in organizations*. En Handbook of Industrial and Organizational Psychology, dirigido por MD Dunnette. Chicago: Rand McNally College.
- Malchiodi, C. (2005). Expressive Therapies. History, Theory, and Practice. In C. Malchiodi (Ed.), *Expressive Therapies* (pp. 1–15). New York: Guilford Publications.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV). (2015). Disponible en: <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv6.html>
- Mateos, L. A. (2011). Los lenguajes artístico creativos como medio terapéuticos: El arte del encuentro en el encuentro con el arte. In L. A. Mateos (Ed.), *Terapias Artístico Creativas. Musicoterapia, Arte terapia, Danza Movimiento Terapia, Drama Terapia, Psicodrama*. (pp. 17–39). Salamanca, España: Amarú Ediciones y Autores.

- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. En W. B. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek (Eds.), *Professional burnout* (pp. 19-32). Washington, DC: Taylor and Human Behaviour, 5 Francis.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia & Trabajo*, 11(32), 37-43.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 2: 99-113
- Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*.
<http://doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008>
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Meekums, B. (2002). *Creative Therapies in Practice: Dance Movement Therapy*. London: Sage Publications.
- Mercadal-Brotons, M. (2014). Introducció als Mètodes d'Investigació en les Teràpies Creatives. Presentación Power Point. In *Investigació i Dissertació Metodologia Contrastada de les Diferents Psicoteràpies*. Barcelona: Universidad Autònoma de Barcelona.
- Moreno-Jiménez, B., González, J.,L., & Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida. *Madrid: Pirámide*, 59–83.
<http://doi.org/10.1157/13073416>
- Nemetz, L. (2006). Moving and meaning: the historical progresion of DMT. In *Creative arts therapies manual: A guide to the history, theoretical approaches, assessment, and work with special populations of art, play, dance, music, drama, and poetry therapies* (pp. 95– 108). Illinois: Charles C Thomas Publisher.
- Olivares Faúndez, V., & Gil-Monte, P. R. (2009). Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del “Maslach Burnout Inventory” (MBI). *Cienc Trab.*, 11(3), 160–167.

Recuperado en

[http://www.researchgate.net/profile/Pedro_Gil-Monte/publication/28322446_Analisis_de_las_principales_fortalezas_y_debilidades_del_Maslach_Burnout_Inventory_\(MBI\)/links/0deec5395dcf4d4ee1000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Pedro_Gil-Monte/publication/28322446_Analisis_de_las_principales_fortalezas_y_debilidades_del_Maslach_Burnout_Inventory_(MBI)/links/0deec5395dcf4d4ee1000000.pdf)

Organización Internacional del Trabajo. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Ginebra: OIT; 2001. 97.1-97.81.

Panhofer, H. (2005). El cuerpo en psicoterapia. *La teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.

Panhofer, H. (2012). La sabiduría y la memoria del cuerpo. *La Investigación En Danza En España 2012.*, 1–17.

Panhofer, H., & Rodríguez, S. (2005). La Danza Movimiento Terapia: una nueva profesión se introduce en España. In H. Panhofer (Ed.), *El cuerpo en psicoterapia: Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.

Payne, H. (2002). Introduction. In H. Payne (Ed.), *Dance movement therapy: theory and practice*. New York: Brunner-Routledge.

Payne, H., & Brooks, S. D. (2016). Clinical outcomes from The BodyMind Approach™ in the treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary health care in England: Practice-based evidence. *The Arts in Psychotherapy*, 47, 55-65.

Peiró, J. M. (2004). El sistema de trabajo y sus implicaciones para la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. *Universitas Psychologica*, 3(2), 179–186.

Recuperado en

http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N204sistema_trabajo.pdf

Pines, A. (1983). On burnout and the buffering effects of social support. BA Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions* (pp. 155-174).

- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Nueva York: The Free Press.
- Pines, A. M. (1993). Burnout—an existential perspective. In W. Schaufeli, C. Malach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Developments in theory and research* (pp. 33–52). Washington, DC: Taylor and Francis.
- Pines, A. (1997). On burnout and the buffering effects of social support. En Gil-Monte P.R. y J.M. Peiró S. (Eds.): *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Robbins, A. (1998). *Therapeutic Presence*. London: Jessica Kingsley Publishers
- Rodríguez, S. (2009). Danza Movimiento Terapia: Cuerpo, Psique y Terapia. *Avances En Salud Mental Relacional. Revista Internacional On-Line.*, 8(2), 1–20. Recuperado en <http://www.psiquiatria.com/revistas/>
- Rosa, H. (2010). Full speed burnout? From the pleasures of the motorcycle to the bleakness of the treadmill: the dual face of social acceleration. *International Journal of Motorcycle Studies*, 6(1).
- Rosa, H. (Marzo de 2016). Nuestro tiempo. Vidas aceleradas. En D. Gamper (Presentador), *Nuestro tiempo. Conferencias sobre el tiempo y la aceleración de la sociedad*. Conferencia llevada a cabo en el Centre de Cultura Contemporània de Barcelona (CCCB), Barcelona.
- Rosa, M., Quintana, P. J. V., & López, M. J. T. (2014). Construyendo universidades saludables: conciencia corporal y bienestar personal. *Revista Iberoamericana de educación*, (66), 207-224.
- Salanova, M. (2005) Medida y evaluación del burnout: nuevas perspectivas. *El Síndrome de Quemarse Por El Trabajo En Servicios Sociales*, 27-40.
- Schmais, C. (1986). Introduction to Dance Therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 9, 23–30.

- Schaufeli, W. B. (2005) Intervenciones sobre el síndrome de burnout *El Síndrome de Quemarse Por El Trabajo En Servicios Sociales*, 63-75.
- Schaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek, T. (1993). Professional burnout: Recent developments in theory and research. *Professional burnout: Recent Developments in Theory and Research*.
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (1996). Professional burnout. *Handbook of work and health psychology*, 311-346.
- Soria, M. S., & Gumbau, S. L. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del psicólogo*, 29(1), 59-67.
- Vega, M. F.(2005). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o" burnout"(I): definición y proceso de generación. Recuperado de: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf.
- Vulcan, M. (2009). Is there any body out there? A survey of literature on somatic countertransference and its significance for DMT. *The Arts in Psychotherapy*, 36(5), 275–281.
- Waceols Rodriguez, D. (2012). *Experiencias y aportes de la Danza Movimiento Terapia en el trabajo con equipos de profesionales que intervienen en violencia*. (Tesis inédita de maestría). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.
- Wengrower, H. (2008). El proceso creativo y la actividad artístico por medio de la danza y el movimiento. En *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. (pp. 39–58). Barcelona: Gedisa.
- Wood, R. (2000). Concepción de capacidad como determinante de autoeficiencia y eficiencia grupal percibida. *Apuntes de Psicología*, 18(1), 39-56.
- Winnicott, D. (1979). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.

VIII. ANEXOS

A. TABLAS

| Síntomas Cognitivos | Síntomas afectivo - emocionales | Síntomas actitudinales | Otros síntomas |
|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Sentirse contrariado - Sentir que no valoran tu trabajo - Percibirse incapaz para realizar las tareas - Pensar que no puedes abarcarlo todo - Pensar que trabajas mal - Falta de control - Verlo todo mal - Todo se hace una montaña - Sensación de no mejorar - Inseguridad - Pensar que el trabajo no vale la pena - Pérdida de autoestima | <ul style="list-style-type: none"> - Nerviosismo - Irritabilidad y mal humor - Disgusto y enfado - Frustración - Agresividad - Desencanto - Aburrimiento - Agobio - Tristeza y depresión - Desgaste emocional - Angustia - Sentimientos de culpa | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de ganas de seguir trabajando - Apatía - Irresponsabilidad - Escaquearse - Pasar de todo - Estar harto - Intolerancia - Impaciencia - Quejarse por todo - Evaluar negativamente a compañeros - Romper con el entorno laboral - Ver al cliente como un enemigo - Frialidad hacia los clientes - No aguantar a los clientes - Indiferencia - Culpar a los demás de su situación | <p>Conductuales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento - No colaborar - Contestar mal - Enfrentamientos <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cansancio |

Tabla 01. Principales síntomas psicológicos del SQT. Extraído de El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Gil-Monte, 2005 pág. 50

| PRINCIPALES ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL | | |
|---|--|--|
| OBJETIVO / FOCO | ESTRATEGIAS INDIVIDUALES | ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES |
| DIAGNÓSTICO | - Auto-diagnóstico | - Auditoría de salud psicosocial |
| PREVENCIÓN PRIMARIA | <ul style="list-style-type: none"> - Gestión del tiempo - Entrenamiento en habilidades sociales - Equilibrio trabajo-vida privada | <ul style="list-style-type: none"> - Mejora del contenido del puesto - Horarios de trabajo - Desarrollo directivo |
| PREVENCIÓN SECUNDARIA | <ul style="list-style-type: none"> - Grupos de mejora - Coaching and consulting | <ul style="list-style-type: none"> - Programas de acogida a nuevos empleados - Desarrollo organizacional |
| PREVENCIÓN TERCIARIA/ TRATAMIENTO | <ul style="list-style-type: none"> - Asesoramiento - Psicoterapia | <ul style="list-style-type: none"> - Institucionalización de servicios |

Tabla 02. Principales estrategias de Intervención psicosocial. Extraído de Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. Soria y Gumbau, 2008 pág. 63

B. FIGURAS

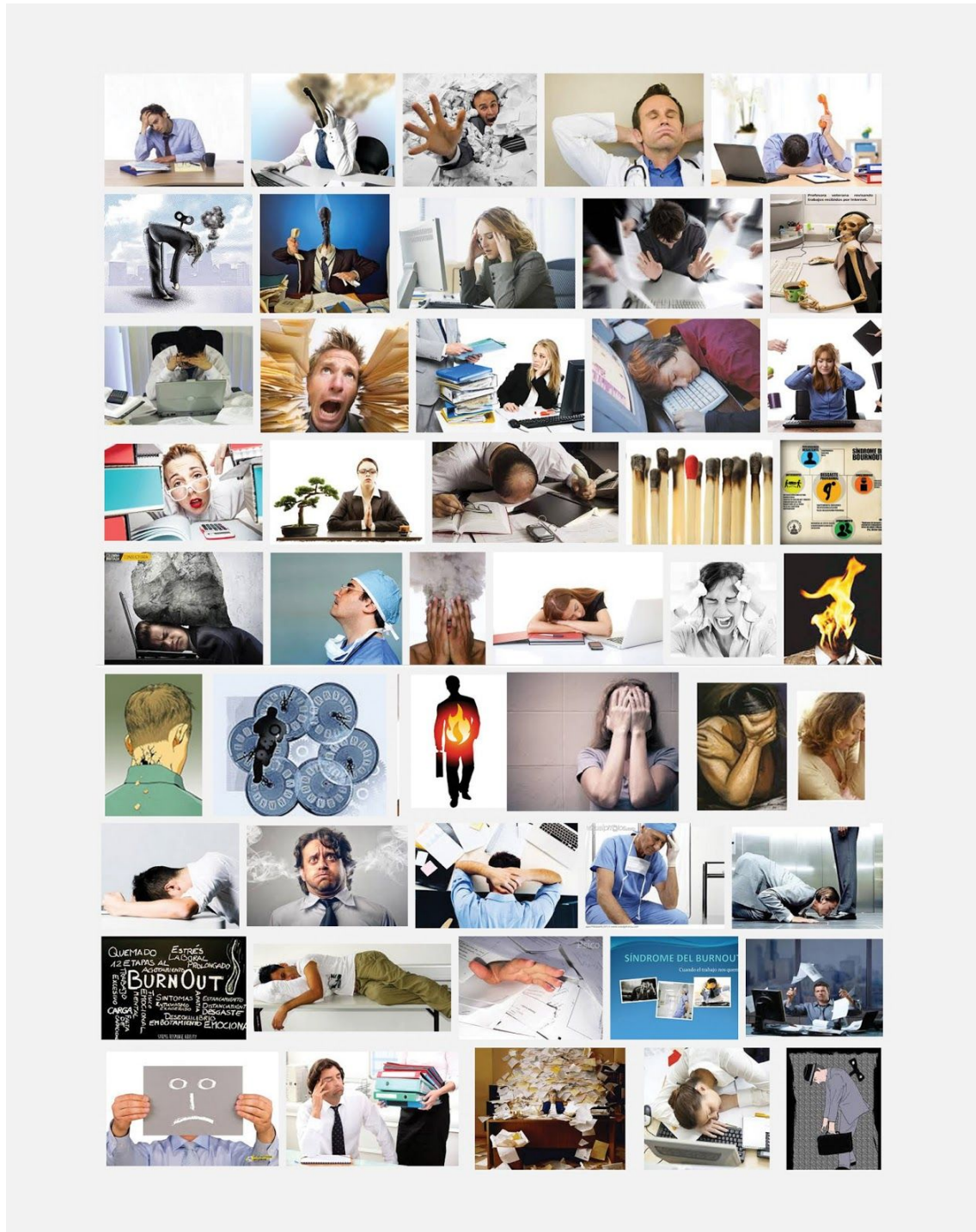


Figura 1. Colección de imágenes procedente de búsquedas en línea sobre el término burnout.
Selección y elaboración propia, Marzo 2016.

C. ENLACES DE INTERÉS

Enlace vídeo conferencia profesor Hartmut Rosa: “*Nuestro tiempo. Vidas aceleradas*”:

<http://www.cccb.org/es/multimedia/videos/nuestro-tiempo-vidas-aceleradas/223370>